目　　录

总　　论

各　论

总　　论

第一章　中医耳鼻咽喉口腔科学简史

原始社会至殷商(？—公元前1066年)

殷商(前16世纪—前1166年)之前,没有文字可考。至殷商,才开始有最早的甲骨文和青铜器铭文。但也不过到了武丁这段时间里(前1324—前1269年),方才出现关于耳鼻咽喉口腔疾病的记载。当时见之于甲骨文的有关耳鼻咽喉口腔病者有:“[illegible]”——齿病;“疾[illegible]”——鼻病;“疾耳”——耳病;“疾言”——声音的病。之后,随着文化的发展,医药方面的记载也逐渐丰富起来。

西周至春秋战国(前1066—前221年)

甲骨文之后继之以钟鼎文,所以西周至春秋战国时代,随着文化的发展关于耳鼻咽喉口腔病的记载也与日俱增而丰富起来,例如:“耳痛”见《周易》;“九窍之病”见《周礼》;“喑”、“吟”见《墨子·亲自》;“耳聊啾而悦慌”见《楚辞·九歌》;“嗥而嗌不嗄”见《庄子·庶楚》;“处耳则为挶为聋,处鼻则为鼽为窒”见《吕氏春秋·尽数篇》;“既聋且昧”见《左传·僖公二十四年》。至于治疗和预防方面的内容,也次第出现,如《山海经》中,就有许多关于这一方面的资料。

成书于此时的《黄帝内经》,正是由实践观察中得来进而升华到理论的第一部保存到现在的中医文献,耳鼻咽喉口腔的生理、病理理论基础,也在这部古典医学文献中奠定,并且出现了不少病名如耳聋、暴聋、耳鸣、耳中有脓、耵聍、鼽衄、涕出不收、鼽塞、鼻渊、鼽嚏、嗌痛、咽肿、嗌肿、嗌干、喉痹、喉塞、猛疽、口糜、口疮、口㖞唇胗、舌卷、舌纵、重舌、齿痛、龋齿等。

除了这些病名外,同时还有不少耳鼻咽喉口腔的解剖名称,如:耳、耳廓、耳门、肾窍、葱笼、蔽、完骨、鼻、明堂、阙、下极、王宫、面王、鼻孔、鼻隧、鼻柱、頞、颃颡、嗌、喉咙、悬雍垂、会厌、喉结、口、唇、齿、舌、舌本等。

在中国甚至世界上第一位曾操业于五官科的专科医生,也在这个时期,即扁鹊,事见《史记·扁鹊仓公列传》:“(扁鹊)过洛阳,闻周人爱老人,即为耳目痹医。”

最早的肺功能检查,见《礼·丧大礼》:“疾病,男女改服,属纩以俟气绝。”现在的耳鼻咽喉科医生用棉花纤维放在病者鼻孔口探测鼻子通气情况,可能私淑于此。

秦汉至三国(前221—公元280年)

执政仅仅15年(前221—前206)的秦王朝,在医学方面无事可记。如其一定要写的话,也只能感谢他在秦戊子年(前213年),焚书坑儒,把所有书籍付之一炬,唯独将医药、种树之书,保存下来。总算中医幸甚。

西汉(前206—公元24年)元帝光永元年,政府以“质朴、敦厚、逊让、有行”四个条件来考核“从官”。医师就是皇帝从官之一。

东汉(24—220年)光武帝建武元年,置太医令。

当时治疗咽喉病,已有简单的手术。且读《淮南子·纪论训》的“目中有疵,无害于视,不可灼也。喉中有病,无害于息,不可凿也”就足以证明。非但那时已有手术,而且对适应证的选择也十分审慎。

《古事比·身体》:“桓帝时,侍中刁存,口臭。”这是最早的关于口臭病的报道。

《汉书·东方朔传》:“齟者,齿不正也……唇腐齿落。”这是关于坏疽性口腔龈口炎的最早报道。

《后汉书·昌邑哀贺传》:“我嗌痛,不能哭。”这里可以证实在公元前我们就已知道声带休息对喉病的重要意义。

《后汉书·华佗本传》:“佗(约141—208年)常行道,见有病咽塞者。因语之日,向来道隅有卖饼人,萍齑甚酸,可取三升饮之,病当自去。”这里最早记录了对喉科病的具体治疗方法。但也有人因下文接下去还有“即如佗言,立吐一蛇”一语而认为是寄生虫病而不是喉病。

张仲景(约145—208年)在《伤寒论》、《金匮要略》中已记载有:咽中干、咽喉干燥、口干咽烂、咽痛、咽中伤生疮、咽中痛、其喉为痹、阳毒、阴毒、咽喉不利、如有炙脔、蚀于喉为惑、喉中水鸡声、声喝、口不能言、口燥、坏齿等数症,是直接涉及喉科的,而且数十首经方,至今还广泛地应用于临床。

如果《医籍考·方论》中记载的张仲景还写有《口齿论》之说是可靠的话,那么在第三世纪初中医已有了咽喉科专业文献了。

晋、六朝至隋、唐(265—907年)

晋·《古事比·身体》:“魏泳之,生而唇缺。就殷荆州帐下医割补。百日不得笑语,惟食薄粥。”可知我们早在1600年前,已能做兔唇修补手术,而且是成功的。

此时,葛洪(284—364年)的《肘后备急方》中,有不少关于外耳道异物、气管异物、食管异物的记载,并介绍了许多取出方法。

隋·巢元方(550—630年)《诸病源候论》问世,其中耳鼻咽喉口腔科的资料也不少,它除了发展了病因、病理学说之外,更增添了不少病种,例如耵聍栓塞、耳源性脑膜炎、鼻息肉、急性喉阻塞等古人没有明确认识的病种,并予以阐明补缺。而且把鼻窦炎一症,将儿童和成人分开讨论,因为儿童在解剖、生理和病理各方面都不同于成人,所以病因、症状、病变和治疗等方面也有所差异,而现代医学在最近才发现和注意到这点。

唐朝开国之初,高祖武德元年就“置尚药局、太医署,其属有四,曰医师、针师、按摩师、咒禁师。凡课药之州,置采药师”,健全了医事制度。《新唐书·百官志》:“一曰体疗、二曰疮肿、三曰少小、四曰耳目口齿、五曰角法。”在形式上耳鼻咽喉口腔科的建立,就在此时开始有了雏形。

如果把扁鹊作为第一个耳鼻咽喉口腔科专业医生的话,那么孙思邈(541—682年)则可说是五官科的奠基人。《千金要方》对耳鼻咽喉口腔方面的论述,除了在《千金要方》特辟两卷专论之外,散见于各章各节的内容也不少。在《千金翼方》卷里还有“通九窍”、“衄血”、“耳聋”、“口疮”等几个专题章节。孙氏又把这集耳目口齿病的专科,称为“七窍病”。在辨证方面,结合临床实践,予以总结推广,从而沿用到现在。同时他受佛教、道教的影响,更注意到机体

本身的统一性与周围环境的统一性，使耳鼻咽喉口腔科在辨证论治上有了进一步发展，从而提高其疗效。治疗方面，除了过去单一的重视内服药之外，更广泛的采用外治、手术、针灸、砭法、导引及食疗等等，这也是唐代以前所罕见的。另外，如悬雍垂过长的点擦食盐、急性喉梗阻的烟熏疗法等，也都是孙氏所首创。

《传信方》(818 年)把华佗用白矾治疗喉风(急性咽炎)、张仲景治疗"咽中生疮，不能言语，声不出音"用苦酒汤的两个方法，推陈出新地衍化出"皂荚、矾、米醋同研"，作含漱剂来治疗喉痹，给后人以很大启发，所以其价值，并不仅仅在于一方一药的成就。

宋至金、元(960—1368 年)

半个多世纪的五代(907—960 年)、十国(891—979 年)，在医学史上未留点墨。之后，至宋代又开始大踏步地发展，也就是唐代第一个高潮之后的第二个高潮。从此一直欣欣向荣到明、清。自 951—1368 年的 417 年中，辽、宋、金、元四个王朝并存于华夏这块大地上。至辽，已有二排八孔象牙柄植毛的牙刷，作为清洁口腔之用。

成书于庆历间(1041—1048 年)的《欧希范五脏图》，根据杨介介绍其内容谓："喉中有窍三，一食一水一气。"第一张实物描写的咽喉解剖图在 11 世纪已问世，但十分可惜，画得不对。《沈苏良方・论脏腑》："又言人有水喉、食喉、气喉，亦谬也。世传欧希范真(原文多此一真字)五脏图，亦画三喉，盖当时验之不审。……人但有咽喉二者而已。咽则纳饮食，喉则通气。"可知在十一世时，对咽喉的解剖，还是较为了解的。

沈括(1031—1095 年)《梦溪笔谈》13 卷："世人以竹木牙骨之类为叫子，置人喉中，吹之能作人言，谓之嗓叫子。尝有病暗者，为人所苦，烦冤无以自言。听讼者试取叫子，令颡之作声，如傀儡子，粗能辨其一二，其冤获申。"说明在 11 世纪，中国已有人工喉的记载。

《古事比・身体》："南郡王义宣，舌短，涩于言论。"在 11 世纪就已发现了舌系带短而引起言语障碍的口腔病。

隆兴癸未进士楼钥在《攻愧集》中已有种牙(镶牙)的记载，谓同时代人陆游(1125—1210 年)有过："染须种齿笑人痴"的诗句，那么中国的镶牙矫形等手术在那时已开始了。

刘河间(约 1120—1200 年)《素问病机气宜保命集》的"耳聋治肺，鼻塞治心"，揭开了耳咽管阻塞可以导致暴聋及鼻甲内郁血可使鼻腔堵塞的奥秘。而且他比国外更早的分别出耳鸣有震动性与非震动性两种不同的耳鸣。在《素问玄机原病式》中称震动性耳鸣为"耳鸣有声，非妄闻也"。

《历代名医蒙求》(1220 年)，不但是医史，而且还是咽喉部(内含食管)取出异物及切开咽部脓肿的专业指导文献。其中"银匠下责"、"都料取钩"的巧妙取出喉(咽)头异物，和"草泽笔头"的咽部脓肿切开手术，都是巧夺天工的手法与技术，直到 20 世纪的今天，还有其启发和指导作用。

张子和(约 1151—1231 年)在《儒门事亲》中第一个深入讨论扁桃体病变，"乳蛾"一名，也是张氏所题的，并首先提出"喉科八种"说法，以后什么喉风十六种、喉风十八种、喉风三十六种等，都是在张氏的影响下产生的。他还使用纸卷成筒形，放入口内，再用筷子缚小钩，把误吞的铜钱取出，可说是内镜摄取喉(咽)头异物的创始人。

李杲之《脾胃论》(1249 年)，又给耳鼻咽喉口腔科的内治法开辟了一个广阔的新天地，尤其是益气升阳一法，在"九窍者，五脏主之。五脏皆得胃气，乃能通利。……胃气一虚，耳目口鼻，俱为之病"的指导思想下来处理，在临床上确实治愈了过去用传统方药所不能解决的

五官科疾病。

《仁斋直指方》(1264年)第一次报道了耳源性眩晕病，谓："眩者言其黑运转旋，其状目闭眼暗，身转耳聋，如舟车之上，起则欲倒。"如其再结合《诸病源候论·风头眩晕候》的"脑转而目系急"的眼球震颤，那么已将本病叙述得比较完整，较之国外发现此病要早6个世纪。

元王朝(1297—1368年)仅统治中原89年，所以医学著作并不太多。

医事方面，元代分为十三科，第七位口齿科，第八位咽喉科。那时的咽喉科方才从口齿科分离出来而独立成科，但习惯上还是常把咽喉与口齿连在一起。

明至鸦片战争之前(1368—1840年)

《明史·百官志》："太医院掌医疗之法，凡医术各十三科，曰大方脉，……曰口齿、曰接骨、曰伤寒、曰咽喉……，凡医家子弟，择师而教之。"情况与元代相同，其中咽喉与口齿在名义上还是分开的。

太祖洪武三年(1370年)，置惠民药局，府设提领、州县设官医，凡军民之贫病者，给之医药。又六年(1373年)，置御药局于内府，始设"御医"。又二十一年(1388年)，"洪武戊辰春，乡村病喉痹者，甚众。盖前年终之气及当年初之气，二火之邪也"，又根据本文的前一段文"喉痹者，乡村病相似者，属天运气之邪"(见《医学纲目·肝胆部·喉痹》)，从"甚众"、"相似"来推测，是一次流行严重的传染性咽喉病，白喉还是猩红热难以推断。又二十二年(1389年)，政府改太医令为院使，丞为院判。

《古今图书集成·医部·医术名流·明三》："尤仲仁，字依之，以喉科名。"这是有名的喉科医生第一次载于史册者。

医学著作在明代，是鼎盛的时期。明初《普济方》(1406年)中《身形》一集，可以说是耳鼻咽喉口腔科"前无古人"的伟大巨著，共43卷，耳鼻咽喉口腔科占18卷。比《普济方》迟39年出书的巨著《医方类聚》(1445年)，共365卷，其耳鼻咽喉口腔科也占有10卷。开始于1556年，历10年而完成的《古今医统大全》，全书共100卷，耳鼻咽喉口腔科占4卷。

李时珍(1518—1593年)在《本草纲目》中记载有1892种药物，其中956种单味药可用来直接治疗耳鼻咽喉口腔病，还有内服及外用配伍组方的药，尚不计在内。

薛己(1487—1559年)著《口齿类要》。虽然据称在此之前，还有张仲景的《口齿论》、邵英俊的《口齿论》、释道济的《口齿玉泉论》、佚名的《排玉集》、冲和的《口齿论》、广陵王师的《口齿论》、佚名氏的《咽喉口齿论》和佚名的《疗口齿方》等，但都已散佚无存，不见于世，至于滕伯祥的《走马急疳治疗奇方》，是仅仅单独讨论坏疽性口龈炎的专书。所以《口齿类要》为目前现存的喉齿科最早的一部专业书。

陈实功(1555—1636年)在《外科正宗·鼻痔》中记载了鼻息肉摘除手术，不论所用器具、麻醉、止血、术前准备、手术过程和术后处理，可说是现代鼻息肉摘除手术的前身。现在除医疗用具、麻醉剂更新而精微细巧之外，其他的照此沿用了350余年。

张介宾(1563—1640年)在《景岳全书·咽喉》中的"无病而喉窍紧塞，息难出入，不半日而紧塞愈甚。……问其喉，则无肿无痛也，观其貌，则面青目瞠，不能语也。闻其声，则喉窍之细如针，抽息之窘如线。伸颈挣命求救不堪之状，甚可怜也。"第一次详细描述了急性喉梗阻的症状。也是张介宾氏，第一个介绍了鼓膜按摩术，见《景岳全书·耳证·论治》，谓："以乎中指于耳窍中，轻轻按捺，随于随捺，或轻轻摇动，以引其气，捺之数次，其气必至，气至则窍自通矣，……"。这个手法，一直使用到今天。

《霉疮秘录》(1632年)："喉癣蚀鼻，发块上下，破烂孔窍"，"染病日久，妄用克伐，大肉已削，止存皮骨，且咽喉腐烂"，"咽喉损伤"等，是言由梅毒引起的对耳鼻咽喉口腔的损害第一部专论。《红炉点雪》(1553年)的火病失音，是全世界最早讨论喉结核的文献。《解围元薮》(1655年)的哑风，也是全世界最早讨论喉麻风的文献。

曹士珩的《保生秘要》，对耳咽管阻塞的处理，是"定息以坐，塞兑(八卦中三，为兑卦，位居西方属金，金属肺，肺司呼吸。所谓塞兑，是暂时停止呼吸)，咬紧牙关，以肺肠二指(大拇指少商穴，属手太阴肺经，故大拇指属肺。食指商阳穴，属手阳明大肠经，故食指属大肠。肺肠二指，即大拇指和食指)捏紧鼻孔，睁二目，使气串耳通窍内，觉哄哄然有声。行之二三日，通窍为度"。这是耳咽管自我吹张法的开始使用。

清代自入关统治到鸦片战争(1644—1840年)的两百年中，医事制度也在不断地改革之中，清世祖顺治元年(1644年)，即调整了太医院组织，设左右院判各一人，吏目三十人，预授吏目十人，医士二十人。凡药材出入属礼部。

口齿一直隶属着咽喉的，诚如《杂病源流犀烛》所谓"言咽喉则牙舌即多包于内"。也是此时开始，咽喉科逐渐地兴旺起来，相反口腔科则渐渐趋向衰落。凡一般口腔粘膜病大多属于内科或儿科，化脓性炎症和牙周疾病则属外科。牙体疾病则另有草泽医——俗称铃医或江湖医生来承担。中医的口腔科基本上已名存实亡。

清代涌现出了不少有名的喉科专家，喉科文献也有一百余部，这种盛况为历来所未有。尤其是无锡的尤氏外用吹药和上海侯氏的擎拿，在整个喉科领域里起到极大的影响。

张宗良的《喉科指掌》于1757年问世，可以说真正的喉科第一部专业书。之前虽然已有《口齿类要》，但病种太少，仅仅七个病种，远远不及本书。

自明代《瘟疫论》(1642年)后，清代温病学的进展十分惊人，从而使猩红热的理论和治疗得以突飞猛进的提高，有水平的专著也梓行了不少。"喉痧"一名也是来自于《金匮翼》(1763年)。《疫疹一得·疫疹因乎气运》(1794年)："乾隆戊子年(1763年)，吾邑疫疹流行，一人得病，传染一家，轻者十生八九，重者十存一二。合境之内，大率如斯。"同一书中的"疫疹之症"有"满口如霜"、"咽喉肿痛"、"嘴唇焮肿"、"舌上珍珠"及"舌衄齿衄"。可以说明，那时对猩红热的认识已十分清楚了。

《尤氏喉科》："牙关紧闭，口不能开，……用黄熟香削成凿子样，渐渐添进牙缝，则牙渐开。"可知在17世纪前，中医已开始使用开口器了。

乾隆十二年(1747年)由江南开始白喉逐渐出现，至乾隆三十八年(1773年)，白喉由江南而扩散到各地，由小流行成大流行。《疡医大全》(1773年)，最早报道了这个病，当时称为"天白蚁"。因为是新病种，所以成书于乾隆四年(1739年)由政府开馆纂修，号称当代医典的《医宗金鉴》也没有提到白喉。自此之后，白喉专业书也陆续问世，但都在鸦片战争之后。郑梅涧的《喉白阐微》却写成于嘉庆二年(1797年)，但当时医家有守秘保密习气，一直家藏159年，不向外公开。直到1956年，郑氏后裔郑景岐先生毅然贡献给安徽省卫生厅，并由安徽人民出版社出版，公开于世。

有些学者考证，白喉的第一度流行在乾隆五十年(1785年)，但笔者认为这是不符合事实的。因为1773年前早已流行，否则《疡医大全》何来"天白蚁"一病。

《重楼玉钥·冯相芬序》："今年夏，吾津时疫流行，患喉症者极多。而治不得法，往往受害。……道光十八年。"这一次发生于鸦片战争前夕的喉疫，是猩红热还是白喉，已难考。

鸦片战争后至建国前(1840—1949 年)

鸦片战争后到建国前的一百余年，尤其是后半个世纪，中医中药事业已奄奄一息，喉科当然也不例外。

中医鼻科病的探讨，在写成于公元 420 年以前的《小品方》中已有“鼻中窒塞”、“鼻中塞肉”(考证于《外台秘要》)、“鼻衄血数斗”、“鼻衄经年”(考证于《医心方》)等记载。但鼻病的专业医生，始终在文献上或社会上没有见过。

陆以湉(1802—1865 年)的《冷庐医话·医范》载有：“近有专业耳科者，又在诸科之外矣。”《冷庐医话·耳》：“乾隆时，杭州有金氏，以耳科致富，止恃一秘方。今其家已式微。”干祖望《中医耳鼻喉科师资培训班讲义》(1980 年)：“清中叶有内科医顾晓峰者，在应付内科之外，还配置些耳科外用药，无价赠送病人。以疗效良好，所以求治耳病的比内科病还多，从此即在江苏省苏州市养育巷水泼汾桥以“顾滩琪”名称设立耳科专业诊所，并悬有木雕大耳朵作商标。现这两块木制招牌收藏在南京博物馆中。顾氏治耳，不事内服药，专靠外治取胜，世代相传，至今不替。现在最后一代传人在 1984 年谢世之后，即无后继者。

咸丰十一年(1861 年)，喉科名药“六神丸”，在苏州诵芬堂(俗称雷允上)第一批发售。此药风行全国，至今不衰，而且还是争取外汇的大户。同治三年(1864 年)，第一部白喉专业书《时疫白喉捷要》问世，作者张绍修。

鸦片战争，打开了中国闭关自守的大门。以后，帝国主义侵略者用洋货、鸦片、传教、洋枪、大炮侵入半封建半殖民地的中国，同时也把西方医药传入我国，中医受到一定的挑战。

《粟香二笔》第七卷，谈到在光绪十年(1884 年)前后，西方镶牙盛行，并有装假眼、假鼻者。

吴锡璜《新订奇验喉证明辨》(1887 年)卷二用药类：“佩林掰氏血清，为白喉之特效药，近世医家，殆无不宗之。”证明耳鼻咽喉科在 100 年前也已取用西药。

余听鸿(1847—1907 年)《外科医案汇编·咽喉门》：“阅西医治疗喉科秘塞，不能呼吸者，在颈旁喉管开一孔，插入银管在颈旁，可通呼吸。”可知气管切开手术的引进，也有百年历史。

光绪三十二年(1906 年)，北京协和医院的前身协和医学堂附属医院，最早设立五官科，其中耳鼻咽喉科由美国医生邓乐普主持。

百余部大量梓行的喉科书都集中于清代的 160 年中，第一部是张宗良的《喉科指掌》(1757 年)，最后一部是袁仁贤的《喉科金钥》(1911 年)。

成书于此时的《医师秘笈》：“又如自疑有所食而积在者，则姑下之而诈云已去其物，则可安心矣。凡此之类，皆可治病，在人神而明之。”针对癔性咽喉异感症来取用精神疗法，也已有 80 年之久。

民国十八年(1929 年)二月，政府召开第一次“中央卫生委员会议”，通过余云岫(1879—1954 年)的“废止旧医，以扫除医事卫生之障碍”案。并谓“旧医一日不除，民众思想一日不变，新医事业一日不能向上，卫生行政一日不进展”，并提出六项消灭中医的办法。但没有来得及实行，因愤怒的全国群众和中医，在三月十七日那天，赴国民政府所在地南京抗议而作罢。同年，明令中医学校改称为中医传习所，用以降低中医地位。

民国十九年(1930 年)，为了更进一步降低中医地位，连传习所都不准称，改为中医学社。

为了缓和公愤，民国二十二年(1933年)，政府被迫由立法院制订出“中医条例”。可是这个条例，拖到民国二十六年(1937年)才公布。但其内容仍然充满歧视中医、中药的条款。同时，命令解散全国所有的各级“中医药团体联合会”。

当时执政者也知道公开消灭中医中药是徒劳的，于是采用更阴险的手段，是“寓消灭于放任之中”的策略，对中医中药表面上不闻不问不管，在法律上不给中医以合法地位，例如：中医的疾病诊断书在法律上不生效力；中医无处理病假权；中医不准收徒弟等。一方面取缔中医学校，不予培养第二代，但另一方面中医申请开业者的资格，要必须有毕业文凭。所以当时取得开业资格者寥寥无几，喉科中医医生全国仅仅有5名。

在政府对中医中药不闻不问不管的政策下，于是一批江湖骗子、游医、社会渣滓有机可乘，挂上一个招牌就可以成为一个中医，而且这一批人物，反而享受到微妙的优待，原因是当局者正利用他们来降低中医身价、素质和威信。所以在建国前夕，把中医列为社会三大垃圾箱之一。这种情况中，以喉科更为突出。

建国前，真正的铃医已逐渐地消失，不可否认，这是医药上的一大损失。因为铃医有严峻的“行规”，严密的组织，严格的师徒传授。他们是属于“巾皮李瓜”中的“皮”行，喉科称“攀井”，口齿称“折脆”。他们用药有四字要求，即：便、贱、验、显。便是取材方便，各处都有；贱是成本不高；验是有效；显是要立竿见影。所以对喉梗阻、喉水肿、坏疽性口龈炎等危急重症的抢救，远远超过一般医生，治愈率高。用他们的行话来说，“我们的起废(即抢救)，都可以出洞(即脱险)”。他们的消失，主要是他们的组织过于严密和神秘，都是父子、兄弟、翁婿、师徒间耳提面命，没有文字。同时一般人错误地把铃医和游医、骗子混为一谈，遭到了全社会的冷待和蔑视。

1949年之前，还没有中医的耳鼻咽喉科，只有传统的喉科。而中医喉科在那时，也是在不生不灭、似生似灭中苟延残喘。有水平的喉科从业人员，目睹一批文盲、不学之徒充斥在喉科队伍中，耻与为伍，大多就转业到内科、外科中去，所以当时很多为“咽喉内科方脉”或“咽喉外科方脉”的中医。因为内、外科中，尤其是内科，文盲是无法混入插足的。少数几个确实“家有秘方，人怀实学”的世传喉科，尚生存于风雨飘摇之中。

建国以后

五星红旗飘扬之日，就是中医苦尽甘来、走出困境、进入坦途之时。

1949年，中华人民共和国卫生部成立。同年，卫生部指示各地区防止白喉的流行。1951年，卫生部发布《中医师暂行条例》，同时又下达《关于组织中医学会的指示》，并开始严防猩红热的流行。同年7月，中医第一个耳鼻咽喉专科在上海市松江县城内秀野桥的“松江城厢第四联合诊所”中建立开诊。

1952年，“北京中医进修学校”第一届学员毕业。

中医耳鼻咽喉科从无到有，从小到大，到现在初具规模，当然是与党和政府的正确领导及从业人员的埋头苦干分不开的。

具体成就，大体上有以下四个方面：

一、培养人才

1956年，四所中医学院(北京、上海、成都、广州)分别建立，之后各省市的中医学院及中专中医学校相继成立。

1959年，卫生部在成都市召开编写中医教材计划和具体分工会议后，第一版《中医喉科学讲义》于1960年与学员见面。之后，第二版《中医喉科学讲义》在1964年出版，第三版《五官科学》在1975年出版，第四版《中医耳鼻喉科学》在1980年出版，第五版《中医耳鼻喉科学》在1985年出版。为耳鼻咽喉科“十年树木，百年树人”计，卫生部从1974年起至1988年止，委托广州、上海、南京三所中医学院办了十期(届)中医耳鼻咽喉科师资培训班。

1990年国家中医药管理局厦门国际培训交流中心主办了国际中医耳鼻咽喉科培训班，学员来自美国、新加坡、马来西亚等国家，和中国的香港、台湾等地区。这是第一次把中医耳鼻咽喉口腔科学介绍到国外。这个班办得相当成功，在国际上已产生了一定的影响。

与此同时，各省、市的中医学院(校)、有条件的中医院，也不定期地开办了临床喉科专业班或耳鼻咽喉科班。在上海中医学院、浙江中医学院的带头下，各省市纷纷响应。中医院方面，如湖南省醴陵市中医院、安徽省蒙城县中医院、江苏省无锡市中医院等，办起了喉科临床医师培训班。此外还有为期仅一或两周的超短期班，如江苏省的南京市、扬州市，河北省的石家庄市等，都取得了一定的成绩与效益。

1982年，天津卫生干部进修院(1984年起，改称天津市卫生职工医学院)，在卫生部直接领导下办了三年制的中医五官科专业班，从此这样的专科教学在全国开办了多处，其中较突出的有湖南中医学院、成都中医学院等。1983年起，一度各中医学院开始实行毕业生定向实习，耳鼻咽喉这个新兴学科，增添了一批专业思想巩固的接班人。1991—1994年，为全国500名名老中医带徒继承工作。耳鼻咽喉科也有几位老中医参加了这项工作。

此外，历年来条件差的中医院向有条件的中医院派出青年进修医生从师学习。因为这种形式，很有学徒从师性质，师生固定，时间较长，所以老师乐于教、学员勤于学，这个方法也培养出一些人才。

我们站在“从无到有”的角度上来看，这样的发展速度是其他各科所望尘莫及的。但是，一般说耳鼻咽喉科医生，应占整个医生总数1%，从这个角度看，则我们的队伍还是不够壮大。

二、文献出版

1949年后，各出版社翻印了不少喉科古籍书，这对促进中医耳鼻咽喉口腔科事业的发展，起到极大的作用。在这40多年中，人民卫生出版社有:《重楼玉钥》，1956年;《白喉条辨》，1957年;《普济方·身形》，1960年;《医方类聚·第四分册》，1981年;《熊(大经)校喉科指掌》，1989年等。中医古籍出版社有:《喉科集腋》，1982年。商务印书馆有:《咽喉经验秘传》，1957年。上海卫生出版社有:《焦氏喉科枕秘》，1951年;《痧喉正义》，1951年。科学技术卫生出版社的有:《包氏喉证家宝》，1957年。江苏科学技术出版社有:《干(祖望)校尤氏喉科》，1983年。湖南人民出版社有:《时疫白喉捷要》，1959年;《白喉全生集》，1959年等。中医研究院图书馆复印的有:《枫江陈莘田先生外科临证·文集》(全部为咽喉、口腔科)，1981年。

另外，还有秘藏或失传的古籍喉科文献，经其后裔的赠献或发掘得到而重新面世者:有安徽人民出版社出版的郑景岐献出祖传守秘160多年祖先于清·嘉庆年间(1797—1820年)写成的《喉白阐微》，1956年。甘肃中医学院图书馆发掘及复印的《流犯喉科药方》，1983年。

引以为憾者，在这40多年来，新的著作少得可怜。其实并非没有作品，因耳鼻咽喉科为小科，读者不多，发行量太小，而出版社大多不愿出版之故。

三、组织及交流

1955年，中华医学会指示各地分会吸收中医入会。根据1958年统计，当时中华医学会员18472人，其中有中医3000人。在这个基础上，中华全国中医学会宣告成立。1972年，全国各地中医院，先后建立起耳鼻咽喉专科，但当时第三版教材仍然将其与眼科合并为五官科。

1978年9月，上海市成立了“全国中医学会上海分会耳鼻咽喉科学组”，这是中医耳鼻咽喉科有史以来第一次有了自己的组织。1982年10月，广东省也成立了中医耳鼻咽喉科学组。1984年，两者都改学组为研究委员会。从此，四川、江西、山西、湖南等省，也相继成立了同样的机构。

从第四版教材起，“五官科”分为眼科和耳鼻喉科，1980年出版《中医耳鼻喉科学》，遵守中医惯例，内附口腔科。

1987年9月20日，中华全国中医学会耳鼻咽喉科学会，在南京宣告成立。同时召开了第一届年会，每两年召开一次。各省级学会的年会，也2～3年召开一次学术交流会。这样我们通过组织来沟通信息、交流经验以及协作攻关，使我们的业务水平不断提高。

四、临床队伍的日渐壮大

中医传统上只有咽喉科，口齿科名存实亡。1951年7月，在全国成立联合诊所热潮中上海市松江县城厢第四联合诊所挂出了历史上第一块中医鼻喉科招牌。当时全国仅仅有一个人为耳鼻咽喉科专业人员。

1972年前后，全国各中医学院附院为了应付学员实习之需，也纷纷建立了耳鼻咽喉专科门诊。其中有的由喉科扩展而成，有的附设于内科或外科而立的小组，也有新增添设的。

之后，从业人员不断地努力，经过多年的建设，全国现在各省、市、县的中医院，基本上都已有了中医的耳鼻咽喉科医生。

总之，在党和政府的关怀下，经全体同仁的努力，拯救了濒临消亡的中医喉科，恢复了已经解体的口腔科，建立起一套耳鼻咽喉口腔科教学体系，培养出教学、临床、研究的一批专业人才，造就了一支初具规模的耳鼻咽喉口腔科队伍，打开了中医历史的新篇章。

第二章　耳鼻咽喉口腔的归经属脏

第一节　中医对耳鼻咽喉口腔科的认识

中医传统，只有咽喉科、口齿科而没有耳鼻咽喉科及口腔科，所以把耳、鼻疾患化整为零地分隶于内科或外科等科中去。例如耳鸣、耳聋、梅尼埃病、过敏性鼻炎、癔性咽喉异感症、失嗅、幻嗅、鼻塞、喉源性咳嗽等，都隶属内科。耳廓肿、耳丹毒、鼻疖肿、齿龈炎、齿槽脓肿等，划归外科。口腔粘膜病独多于小儿，故在小儿科。代偿性鼻出血、癔性咽喉异感症等，经常是妇科应付的。耳鼻咽喉科病，总以外症居多，所以外科医生兼任的也最多。因之有人认为耳鼻咽喉科是外科中的一个组成部分。外科四系：疮、皮、窍、杂中的窍系，就会有耳鼻喉齿科。

中医分科方法，与西医有所不同。所以西医习惯于西医的模式来看中医的分科，总感到奇特。实则中医分科，也自有其一定的客观因素和道理。所谓客观因素，是中医理论强调整体观念和不重视手术。例如鼻窦炎，西医一定要明确在左在右及哪一个窦，否则，穿刺或开刀，不知从何下手。而中医则不然，一剂中药，不管什么窦都能达到。还有耳科的迷路病，也不必知道是左是右、是积水还是出血，都能一药以应付。而西医对一个鼻窦炎，只有消炎。但中医在辨证论治之下，可以从表剂、清剂、敛剂到补剂，数十首方、数百味药都可择宜取用。

中医特点是“辨证论治”，用一句通俗的话说是“中医不是治疗病的，而是治疗证的”。在这个原则下，就出现了“同病异治”“异病同治”的局面。更使人难以理解的是“出血不止血”、“痰病不治痰”而把疾病治好的手段。

此外，以西医而论，耳鼻咽喉科和口腔科是各立门户的，在舌腭弓的分界线上决不含糊，各守疆界，泾渭分明而不越雷池一步。可是中医往往把口腔与咽喉名正言顺地混在一起，直到现在还是如此。1960 年第一版中医学院（校）试用教材《中医喉科学讲义》，书名尽管是“喉科”，但各论七章中有一章就是口腔科。即使 1985 年第五版教材《中医耳鼻喉科学》，也依然有“口齿科”的存在。

对本科从业医生的要求，也像其他各科的中医一样。因其专业性较强的关系，也有小小的不同。总之，需具备以下四个必要的条件：① 精通中医基础理论，真正使用“辨证论治”手段来治病。具备内科与外科医师的水平。② 懂得西医的一般性理论，并能熟练掌握一般检查、一般常用手术。熟悉现代检查的各种手段。③ 除了精通辨证之外，更要掌握识病（即辨病）的本领。④ 熟练镊取异物、控制大出血、创口缝合及气管切开等基本抢救技术。

第二节　耳鼻咽喉口腔的归经属脏

中医精髓所在包括两方面：其一为有包括天人合一在内的独特的理论体系；其二为在治疗上有辨证论治。

首先谈谈理论体系的独特性。这种理论绝对不像现代医学的言之有物、证之有据、验之有案的实物可以直接反映于视听之间，而是宏观的、抽象的不能移到其他领域中使用的一种理论学说。这个独特的理论中，包含着许多内容，诸如天人合一、阴阳五行、五运六气等等，正

因为这种学说而就有“人的统一性”论。

人的统一性有两个方面：一是外向的，是人与周围环境的统一性，即天人合一，是人体组织结构、生理现象以及疾病同自然界变化的息息相关。一是内向的，是全身的五脏六腑、四肢百骸、五官七窍、肤发皮毛……联系贯串而成为一个统一体。统一的工具，就是阴阳五行。统一的终产物，就是脏象学说和经络学说。

徐大椿（1693—1771 年）认为“病之从内出者，必由于脏腑。病之从外面入者，必由于经络”。所以必须“必先分经络脏腑所在，……然后择何经何脏对病之药”（见《医学源流论·治病必分经络脏腑论》）。的确，归经属脏的重要性是不可忽视的。

但我们更需知道任何一个器官，在直接的、间接的，甚至在五行生克、十二经循环之下，几乎可以与任何一脏一腑都能发生关系，仅有远近之分。所以在临床运用之际，一定要有选择性地取舍。现在以耳来举例：心寄窍于耳，肝胆之络附于耳，脾的宗气积聚于耳，肺之穴笼葱在耳中，肾开窍于耳。这心、肝、脾、肺、肾五脏都与耳有关系。我们怎样办？所以强调选择。例如心火偏旺的耳鸣当取心；炎症严重的取肝胆；耳鸣低音调大音量的取脾；咽鼓管阻塞性耳鸣或耳聋取肺；鸣声低音调者取肾。这样在“固定安排”（归经属脏）之下而加以“灵活应用”（辨证或称选择）才是，切不能“刻舟求剑”。故而徐氏在强调脏腑经络重要性的同时，又提出“有不必求经络脏腑者，盖人之气血无所不通。其功能亦无所不到，岂有其药只入某经之理”，确是科学的、客观的、唯物辨证的。

传统立论

【耳】

《素问·金匮真言论》：“南方色赤，入通于心，开窍于耳。”也作“寄窍于耳”。

（以上心）

《素问·藏气法时论》：“肝病者，耳无所闻。”

《素问·六元正纪大论》：“木郁之发，……甚则耳鸣脑转。”

（以上肝）

《素问·玉机真藏论》：“脾不及，则令人九窍不通。”

《灵枢·口问篇》：“耳者，宗脉之所聚也。”

《脾胃论·脾胃虚实传变论》：“胃气一虚，耳目口鼻，俱为之病。”

（以上脾胃）

《温热经纬·疫证条辨·二十四》：“肺经之结穴在耳中，名曰笼葱，专主乎听。”

（以上肺）

《素问·阴阳应象大论》：“北方生寒，在脏为肾，在窍为耳。”

《灵枢·五阅五使篇》：“耳者，肾之官也。”

（以上肾）

手太阳小肠经，由目锐眦入耳中。

（以上手太阳小肠经）

足少阳胆经、手少阳三焦经，均从耳后入耳中，走耳前。

（以上足少阳胆经、手少阳三焦经）

足阳明胃经，从颊车上耳前。

（以上足阳明胃经）

足太阳膀胱经，从巅至耳上角。

（以上足太阳膀胱经）

【鼻】

《灵枢·口问篇》："阳气和利，满于心，出于鼻。"

（以上心）

《素问·气厥论》："胆移热于脑，则辛频鼻渊。"

（以上胆）

《素问·刺热论》："脾热病者，鼻先赤。"

（以上脾）

《素问·金匮真言论》："西方色白，入通于肺，开窍于鼻。"

《灵枢·脉度篇》："肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭矣。"

（以上肺）

《素问·宣明五气论》："五气所病，……肾为欠为嚏。"

（以上肾）

手太阳小肠经，其支者从颊抵鼻旁内眦。

（以上手太阳小肠经）

足阳明胃经，起于鼻外侧，上至鼻根部，向下沿鼻外侧进入上齿龈。

（以上足阳明胃经）

手阳明大肠经，其支者左右交叉于人中，分布在鼻孔两侧。

（以上手阳明大肠经）

足太阳膀胱经，起于目内眦上额。

（以上足太阳膀胱经）

督脉沿额正中，下行到鼻柱至鼻尖端

（以上督脉）

任脉、阳跻、循经鼻旁

（以上任脉、阳跻）

【咽喉】

《素问·五常政大论》："火气高明，心热烦，嗌干善渴。"

《灵枢·邪气脏腑病形篇》："心脉……涩甚为暗。"

（以上心）

《灵枢·经脉篇》："肝足厥阴之脉，……循喉咙之后。"

《建国40年中医药科技成就》："干祖望氏提出……声带属肝，……音调属足厥阴，凭高低以衡肝之刚怯。"

（以上肝）

《素问·阴阳类论篇》："咽喉干燥，病在土脾。"

《建国40年中医药科技成就》："干祖望氏提出，……室带属脾，……音域属足太阴，析宽窄以蠡脾之盈亏。"

（以上脾）

《素问·太阴阳明篇》："喉主天气。"张志聪(1610—1695年)注："喉乃太阴呼吸之门，主气而属天。"

《太平圣惠方·咽喉论》:“主肺气之通流,故为肺之系。”

(以上肺)

《素问·缪刺篇》:“邪客于足少阴之络,令人嗌痛,不可纳食。”

《灵枢·经脉篇》:“肾足少阴之脉,是主骨所生病者,咽肿上气,嗌干及痛。”

(以上肾)

《素问·太阴阳明篇》:“咽主地气。”张志聪注:“咽乃阳明水谷之道路,属胃而主地气。”

《太平圣惠方·咽喉论》:“主通利水谷,胃气之道路,故为胃之系。”

(以上胃)

手少阴心经,挟食道上循咽喉。

(以上手少阴心经)

手太阳小肠经,其支从缺盆循颈,经咽喉上颊。

(以上手太阳小肠经)

足厥阴肝经,循经喉咙。

(以上足厥阴肝经)

足少阳胆经,从颊车,下走颈,经咽喉至缺盆。

(以上足少阳胆经)

足太阴脾经,上行挟食道二旁,循经咽喉,连于舌根。

(以上足太阴脾经)

足阳明胃经,从上齿中,……沿咽喉。

(以上足阳明胃经)

手太阴肺经,入肺脏,循经喉中。

(以上手太阴肺经)

足少阴肾经,从肺上喉咙。

(以上足少阴肾经)

任脉,经咽喉。

(以上任脉)

冲脉,会于咽喉。

(以上冲脉)

【口腔】

《素问·阴阳应象大论》:“心主舌。”

《灵枢·五阅五使篇》:“舌者,心之官也。”

(以上心)

《素问·痿论》:“肝气热,则胆泄口苦。”

(以上肝)

《素问·阴阳应象大论》:“脾主口。”

《灵枢·五阅五使篇》:“口唇者,脾之官也。”

《灵枢·经别篇》:“足太阴之正,……贯舌中。”

(以上脾)

《素问·上古天真论》:“肾气实,发长齿更……肾气衰,发堕齿槁。”

《仁斋直指方》:“齿者骨之所络,髓之所养。”

（以上肾）

足厥阴肝经，循经喉咙，络于口唇。

（以上足厥阴肝经）

足阳明胃经……进入上齿龈。从上齿中，出挟环口。

（以上足阳明胃经）

手阳明大肠经，挟口入下齿中。

（以上手阳明大肠经）

足少阴肾经，挟于舌本两侧。

（以上足少阴肾经）

督脉，至上唇。

（以上督脉）

任脉、冲脉，环绕口舌。

（以上任脉、冲脉）

临床实用

耳鼻咽喉口腔与五脏、经络的关系，真是千丝万缕，诚如《韩氏医通·绪论章第一》所谓“言愈多而理愈晦”。谁也无法心中了然，更说不上什么运用了。可以这样说，传统理论是指南，但主要还是如何去应用。笔者根据临床经验，将耳鼻咽喉口腔的归经属脏问题总结如下：

【耳】

主要的归经属脏是肾与肝胆。虚证多考虑肾；实证多考虑肝胆。次要的为脾：实证为湿浊内蒸，虚证为脾气不足。旁及心与肺：心肾不交的鸣与聋，可考虑心，还有心火偏旺及炎症亦可考虑。急性咽鼓管阻塞，可以考虑肺。

【鼻】

主要的归经属脏是肺：常见鼻病多考虑肺。次要的为脾：鼻粘膜病及慢性病多考虑脾。旁及肝与胆、心、肾及阳明。肝与胆：急性重症鼻窦炎，可考虑。高血压鼻出血，必定与肝胆有关系。心主嗅。失嗅症，可以考虑心。严重的萎缩性鼻炎，可以考虑肾阴虚。虚寒型的过敏性鼻炎及虚寒型的口腔粘膜症，可以考虑肾阳虚弱，无火温煦。凡鼻衄，少量的当然考虑肺经，因为手太阴经多气少血。如其大量狂溢，必须考虑多气多血的阳明经，所以犀角地黄汤的取用于血衄，就是这个道理。

【咽喉】

主要的归经属脏是肺与胃：喉主肺，咽主胃。次要的为脾：脾主肌肉，咽部粘膜属肌肉的部分。旁及肝肾：癔性失音、癔性咽喉异感症及舌咽神经痛，必须考虑肝。从津液方面，可考虑肾藏精。

【口腔】

主要的归经属脏是脾：脾开窍于口。次要的可考虑心、肝、肺、肾。舌病可考虑心。有剧烈疼痛、高血压齿衄等，可考虑肝。急性有风寒、风热者，可考虑肺。慢性齿病可考虑肾。

总之，耳鼻咽喉口腔的归经属脏，强调“固定安排”，不能越出于传统的学说，但又不能“刻舟求剑”，必须“灵活应用”。最后，总结出28字的口诀：耳为肾窍肝胆附，鼻属肺经阳明过，喉肺胃咽循少阴，舌心齿肾口唇土。

第三章　历代耳鼻咽喉口腔的解剖名称

《灵枢·经脉篇》:"若乎八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死可解剖而视之。"首先提出了"解剖"这个名词。但是以后在解剖方面则没有什么进展。主要由于数千年来《孝经》的"身体发肤,受之父母,不敢毁伤"以及封建的"全受全归"思想的影响。在古代做尸体解剖者甚至要被处以极刑。在这种情况下,虽然有些笼统而朦胧的资料遗留下来,也是寥寥无几了。在我们耳鼻咽喉口腔方面更少得可怜。仅仅有:《灵枢·肠胃篇》:"唇至齿长九分,……齿以后至会厌深三寸半,大容五合。"《灵枢·肠胃篇》:"口广二寸半。"《灵枢·肠胃篇》:"舌重十两,长七寸,广二寸半。"《灵枢·肠胃篇》:"咽门重十两、广二寸,至胃长一尺六寸。"《难经·四十二难》:"喉咙十二两,广二寸,长一尺二寸,九节。"《欧希范五脏图》:"喉中有窍,……一食一气,互令人吹之,各不相戾。"考《欧希范五脏图》成书于 1045 年,比欧洲的《人体的构造》早 500 年。

解剖资料虽然很少,但解剖名称则相当丰富,原因是文献的量多。但另一个原因是古人交流不多,于是"各自为政"自由题名,这样则难免给后学者带来了许多不方便。为此,不能不予以介绍:

第一节　耳

耳:见《内经》

耳门:见《内经》。

耳窍:见《内经》。

耳疆:见马王堆出土《阴阳十一脉灸经甲本》。

耳中:见《小品方》。

听户:见《素问玄机原病式》。

窗笼:见《内经》。

笼葱:见《温热经纬》。

肾窍:见《内经》。

耳脉:见马王堆出土《阴阳十一脉灸经甲本》。

耳珠:见《万氏秘传·片玉心书》,即耳屏。

耳底:见《冷庐医话》,即鼓膜。

蔽:见《伤科补要》,即耳屏。

耳轮:见《医宗金鉴·外科心法》。

郭:见《伤科补要》。

耳翼:见《古代疾病名称疏义》。

耳根:见《医宗金鉴·外科心法》。

耳垂:见《医宗全鉴·外科心法》。

耳摺:见《医宗金鉴·外科心法》。

耳躲：见《疡医大全》。
耳边：见《疡医大全》。
完骨：见《内经》即乳突。
耳后高骨：见《医宗金鉴·外科心法》，即乳突。
玉梁骨：见《伤科补要》，即乳突。
耳根骨：见《伤科汇纂》，即乳突。
旋台骨：见《伤科汇纂》，即乳突。
寿台骨：见《伤科补要》，即乳突。

第二节　鼻

鼻：见《内经》。
嗃门：见《内经》。
准：见《史记·秦始皇本纪》。
鼻头：见《千金要方》。
鼻柱：见《内经》。
鼻茎：见《说文》。
鼽：见马王堆出土《阴阳十一脉灸经甲本》。
頞：见《内经》。
鼻梁：见《伤科补要》。
面王：见《内经》。
王宫：见《内经》。
鼻尖：见《内经》。
鼻准：见《内经》。
频：见《内经》鼻梁凹处。
准头：见《伤科补要》，即鼻尖。
山根：见《内经》，在眉心处。
印堂：见《内经》，即山根。
阙：见《内经》，即山根。
天庭：见《内经》，即山根。
鼻梁骨：见《医宗金鉴·正骨心法要诀》。
鼻孔：见《千金要方》。
鼻洞：见《内经》。
鼻道：见《诸病源候论》，即鼻腔。
鼻隧：见《内经》，即鼻腔。
血中堂：见《伤科补要》。
卷肉：见《伤科汇纂》，指鼻甲。
颃颡：见《内经》，即鼻咽腔。
鼻翅：见《外科证治全书》，即鼻翼。。
鼻环：见《疔疮要诀》，即鼻翼。

第三节 咽　　喉

咽：见《内经》。
喉：见《内经》。
咙：见《内经》。
嗌：见《内经》。《医彻》注："嗌以上者可见；以下者，不可见。"相当于现代名称的口咽、喉咽交接处。
食嗓：见《伤科汇纂》，指咽。
气嗓：见《伤科汇纂》，指喉。
重楼：见《黄庭经》，道家称喉为重楼。
嗓：见《中国医学大辞典》。
吭：见《中华大字典》。
枯：见《集韵》。
暇枯：见《集韵》。
咽门：见《千金要方》。
喉关：见《普济方》。
关口：见《喉科指掌》。
悬雍垂：见《内经》。
小舌：见《喉科指掌》，即悬雍垂。
悬痈：见《诸病源候论》，即悬雍垂。
喉帝：见《喉科心法》，即悬雍垂。
帝丁：见《喉科指掌》，即悬雍垂。
乳蛾地位：见《喉科指掌》，指舌腭弓之后、咽腭弓之前的位置。
会厌：见《内经》。
厌：见《内经》，同会厌。
吸门：见《难经》。
斗底：见《喉科要旨》，即咽后壁。
气子：见《喉科要旨》，即淋巴滤泡。
喉核：指已萎缩而尚有残存的扁桃体。
厢：指扁桃体区域。
喉柱：泛指舌、咽腭弓而言。
喉管：见《陈修园丛书·救迷良方》。
气嗓：见《伤科汇纂·咽喉》。
食嗓：见《伤科汇纂·咽喉》。

第四节 口　　腔

喙：见《易经》。
口：见《内经》。

口吻：见《千金要方》。
吺：见《集韵》同吻。
肳：见《医学入门》同吻。
牝户：见《医学正传》。
嘴：见《集韵》。
啭：见《集韵》。
玉池：见《黄庭经》。
太和宫：见《黄庭经》。
玉堂：见《伤科汇纂》，指上唇。
上含：见《医宗金鉴·正骨心法要诀》。
唇：见《内经》。
唇：见《广韵》。
飞门：见《难经》。
（以上唇）
舌：见《内经》。
心苗：见《医述》。
灵根：见《黄庭经》。
赤龙：见《内功图说》。
舌本：见《内经》。
舌边：见《千金要方》。
舌根：见《普济方》。
舌旁：见《普济方》。
舌中心：见《喉科指掌》。
三寸：见《幼学琼林》。
舌下：见《喉科指掌》。
舌底：见《喉科指掌》。
舌尖：见《辨舌指南》。
舌侧：见《辨舌指南》。
（以上舌）
齿：见《字汇》。
牙：见《本草纲目》。
骨余：见《东医宝鉴》。
户门：见《难经》。
龉：见《玉篇》。
齓：见《释名》。
门牙：见《医宗金鉴·正骨心法要诀》，即切齿。
虎牙：见《医宗金鉴·正骨心法要诀》，即尖牙。
槽牙：见《医宗金鉴·正骨心法要诀》，即双尖牙与磨牙。
尽根牙：见《医宗金鉴·正骨心法要诀》，即第八磨牙。
牙尽头：见《世医得效方》，为第八磨牙后方。

外扳：见《喉科杓指》，泛指切牙。
内扳：见《喉科杓指》，泛指磨牙。
齿根：见《诸病源候论》。
牙根：见《诸病源候论》。
龈龂：见《诸病源候论》，指齿龈。
牙龈：见《普济方》。
牙敲：见《疡科心得集》，指颌下颌关节。
齿牙：见《普济方》。
骨槽：见《疡科心得集》，指上下槽骨。

（以上齿）

（附）历来中医喉科专业文献对局部病态描写的常用辞句

如猪肝色：慢性晦暗型充血。
如哥窑纹：言小血管扩张暴露、均匀分布。
如海棠叶背：同上。
气子丛生：指淋巴滤泡的增生。
斗底块磊重重：指咽后壁淋巴滤泡团块状增生。
斗底如芥芒刺：指咽后壁淋巴滤泡散在性增生。
上生芒刺：对角化症大多这样描写。
白网油状：指咽后壁粘膜增厚或萎缩。
斗底斑斓：指咽后壁严重污红。

感觉，在中医理论中“心”的作用，一部分相当于大脑，所以心经有病，当然也能扰乱嗅觉了。诚如《素问·灵兰秘典论》所谓“心不明，则十二官危”。造成肺气不和或君主(心)不明的原因，还有很多其他因素。

【共鸣】

《灵枢·忧恚无言篇》：“人之鼻洞，……颃颡不开，分气失也，……故重言也。”重言，固然可理解为口吃，但这里根据上下文语气，显然是失去共鸣的阻塞性鼻音，是发音重浊。所以这里对鼻与共鸣的关系，已言之颇详了。

【加温作用与加润作用】

《素问·宣明五气篇》：“肺恶寒”。试问恶寒之肺，在冷气突然吸入时，怎能承受得起？所以主要依赖鼻窍的加温作用。对此，《格致余论》中解释得十分清楚：“诸阳聚于头，则面为阳中之阳，鼻居面中央而阳明起于頞中，一身之血，运到面鼻。到面鼻部，皆为至清至精之血矣”。因之，我们可以知道，鼻腔的血流丰富，头面之阳气旺盛，正是利用这两者而把冷气加温。

肺既恶寒，亦更恶燥。考机体所有的津液，都是脾气化生的精微，脾把这种精液上输于肺，肺则利用其“肺朝百脉”的功能，灌输于开窍之鼻，用这津液来加润于鼻腔，扫尽一切燥气。

【对外邪有过滤作用】

《医学准绳六要》：“大气弱，不能上冲，浊气得以擅权。”根据张氏(本书作者张三锡)理论，只要自身的大气充沛，外邪浊恶之气即无法假道于鼻窍而入侵擅权了。至于《杂病源流》的“常去鼻中毛，谓神气出入之门户也”的办法，那是违反科学的。

第三节　咽　　喉

历来中医文献，总是咽喉放在一起来谈的，因之任何一部古书中不可能找到将两者单独讨论的。尽管有时也咽喉分论，但到临床上即无法明辨。反观现代医学，咽是咽、喉是喉，解剖、生理、疾病和治疗一直明确地分开。现代医学认识咽喉是“梯型”，由鼻咽、口咽、喉咽到喉，从上到下，级级分清，一如扶梯的上下有序。而中医则呈“屏风型”，为咽喉骈立，各有一管，也就是把气管上端为喉，食管上端为咽。如此则口咽、喉咽两个部位，为呼吸、纳食共同占有的领域，当然就没法分开了。所以中医所指的咽，不一定是现代医学所指的咽；喉也不一定是现代医学所指的喉。

【摄取食物】

《灵枢·忧恚无言论》：“咽喉者，水谷之道。”《太平圣惠方·咽喉论》：“咽者，嚥也。空可咽物，通利水谷，胃气之道路。”

张子和的《儒门事亲·喉后缓急砭药不同解二十一》：“咽以纳物，故通于地。会厌与喉，上下以司开合，食下则吸而掩，气上则呼而出。……相交为用，缺一则饮食废而死矣”。这说明咽是摄取食物的孔道。至于为什么能保持其正常功能，林珮琴《类证治裁·关格》解释谓：“下不得出为关，二便俱闭也。上不得食为格，水浆吐逆也。下关上格，中焦气不升降，乃阴阳离绝之危候。”这说明人能保持咽的正常纳食功能者，是由于中焦之气有升有降及阴平阳秘。

【呼吸】

《灵枢·忧恚无言论》：“喉咙者，气之所以上下者也。”《太平圣惠方·咽喉论》：“喉咙者，可以通于气息，呼吸出入，主肺气流行，故为肺之系。”

这是说明喉(古人经常还把咽也包括在内)的主要职责，是呼吸。喉之所以能够正常进行

活动,《灵枢·五乱篇》解答为“清气在阴,浊气在阳,营气顺脉,卫气逆行,清浊相干,……乱于肺,则俯仰烦喝,接(《甲乙经》接字作按字)手以呼”。所以呼吸的正常进行,是在于泌浊分清,气血调和。

【发音】

《灵枢·忧恚无言论》:“会厌者,音声之户也。口唇者,音声之扇也。舌者,音声之机也。悬雍垂者,音声之关也。”这里虽然没有现代医学描写得具体与详细,但已说明喉是发音器官,以及辅助器官对配合发音的密切而协调地合作,是十分客观而科学的。至于通过什么动力来促使发出声音,则杨仁斋《直指方》认为:“心为声音之主,肺为声音之门,肾为声音之根。”所以言出声成,全赖乎肺气之鼓舞。而这种肺气则有赖于肾气的充沛,因为“精可化气”之故。《法言·问神篇》的“言,心声也”,言语的措辞、结构及语气的轻重缓急,完全被君主之官的“心”主宰。至于徐春圃《古今医统》的“舌为心之苗,心病舌不能转,则不能言语”,那是中风失语,称舌喑,与发音问题,无涉。

《素灵微蕴·五声解》中解释发音是:“弦绝者音嘶”。虽然不能说两百多年前黄元御早就知道一套完整的声带发音原理,是声带如“弦”似“簧”一样地震动而造成声音,但这个譬喻毕竟是先进的。又谓“凡声不离气”,考发音功能,即使现在对声带究竟如何会颤动,各派尚无统一认识。这个“气吹论”,仍然统治着整个声学领域,所以黄氏此说,还是比较恰当的。

第四节　口　　腔

口腔,是消化道的起端。“七冲门”中占有“飞门”、“户门”两门,除具有摄食、咀嚼、辨味、吞咽、语言及保护自卫等功能之外,舌苔、舌质更是中医“体表诊断”术里两项(还有一项脉诊)主要武器之一。口腔组织,当然不止这口、唇、舌、齿四者,在这里还没有提及颌骨、粘膜、颊、腭、口底及涎腺者,因为中医历来就没这方面专论的习惯。

【摄食】

《晋济方·口门》:“盖五味入口”。

【咀嚼】

《普济方·牙齿门》:“齿为门户,摧伏诸谷。”

【辨味】

《灵枢·脉度篇》:“心气通于舌,心和则舌能知五味。”

【吞咽】

《普济方·牙齿门》:“夫口齿者,为脏腑之门户,纳滋味以充肠胃。……口为玉池太和宫,漱咽灵液。”

【语言】

《灵枢·忧恚无言篇》:“口唇者,音声之扇也。”《论衡·率性》:“扬唇吻之音,聒圣贤之耳。”《灵枢·忧恚无言论》:“舌者,音声之机也。”《世医得效方·舌病》:“舌本强(古疆字),难转,语言不正。”

【防护自卫】

《墨子·非攻》:“古者有言,唇亡齿寒”,咽喉口齿位居大气、水谷出入第一关隘要道,有防御自卫的功能。《续名医类案·呕吐》:“卢复曰,生平闻铜腥臭,即恶心,入口鲜不吐者。”这种遇到不适应的食物或其他有毒物质,立即产生反射性的防御保护功能,正是自卫作用。

第五章 病因病机

病因，中医有三因学说，其奠基人是张仲景。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证治第一》："千般疢难，不越三条。一者经络受邪入脏腑，为内所因也。二者四肢九窍血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也。三者房室、金刃，虫兽所伤"，已绘出了三因学说的轮廓。陈言(1121—1190 年)上承张氏三条，并结合辨证心得体会，认为"医事之要，无出三因"而总结出三因学说，并撰有《三因极一病症方论》一书，简称《三因方》。

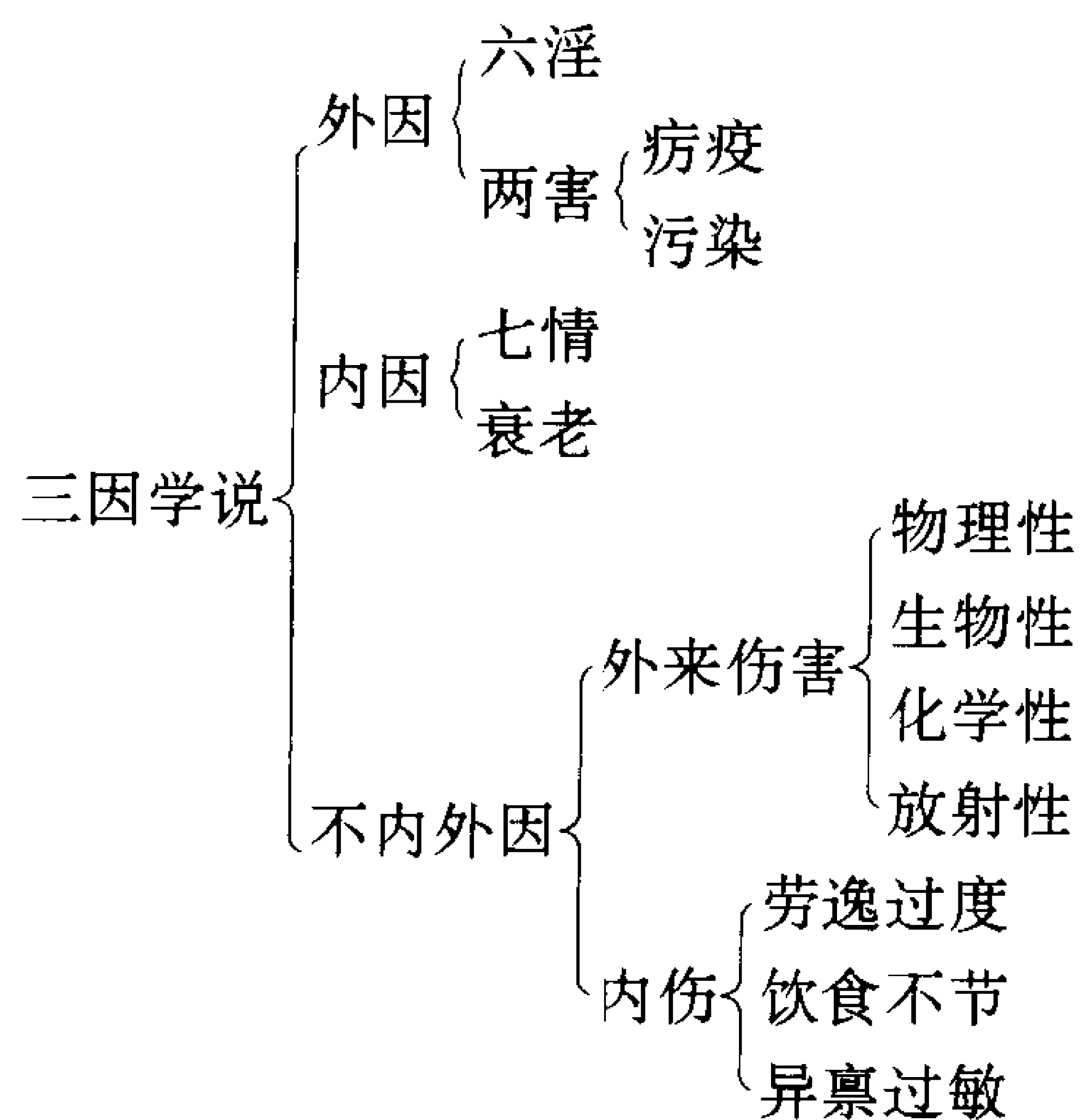
至于病机，自《诸病源候论》后，历代有发挥阐明，可惜还没有人把它提纲挈领地加以概括总结。其实病机的产生与发展，都从病因及其演变而致。如果纲领性地总结一下，可称"五变"、"六致"、"三种结果"。

"五变"，是五种"证"。这五种"证"，必须通过转变然后形成。如热盛生风、血燥生风的风；脾虚内湿自生的湿；湿邪久困而蒸化为热的热；风能致燥、津枯血槁必燥的燥；原阳无温的寒。这风、湿、火、燥、寒五证，从根本上说与六淫的五证完全不同。

"六致"，也是六种"证"，都是其他诸"证"变化中产生的终产物，没有一个是原发性的。这六致是：气滞、血瘀、痰浊、郁证、脏躁和升降失度六者。

"三种结果"，是：痊愈、死亡和带病延年。

这样一套病因病机学说，似乎更贴近临床。当然将来肯定会有更完整的理论来代替它，这是唯物论的规律。列表如下：



【六淫】

"淫"，解释为太过、过头。例如雨量过多称淫雨，言语过多者称淫辞，滥用权威而超越一般尺度者称淫威等等。"六"是风寒暑湿燥火六种气，它是宇宙间自然界的产物，也是生物——当然也包括人类不可缺少的东西。但太过之下，便为淫，淫而为害了，人被侵即病。有益的六气是人类生命来源之一；有害的六淫，当然会对人的机体带来各种各样的灾难损害。所以六气是"水能载舟"的水；六淫乃"亦能覆舟"的水。

此外，淫字的另一解释为"邪也"。六气而太过，就是邪气，所以作六邪来领会，也未尝不

可。淫字在《佛学大辞典》中就释之为"甚也、邪也"两者兼而有之。

风：风为百病之首、六淫之魁。以其善行而数变，所以发病多为急性，常先侵犯头面。又因它的禀性轻飘上旋，故而耳鼻咽喉常为侵袭对象，在急性咽喉病中，所占比例也更多。凡夹热则风热，夹寒则风寒，即使风寒则也可寒化为热而成风热者。临床上急性中耳炎、耳丹毒、耳咽管急性阻塞、急性鼻炎、急性鼻窦炎、慢性鼻窦炎急性发作、鼻疖肿、急性咽炎、、急性扁桃体炎、咽部疱疹、急性会厌炎、急性喉炎、急性失音、急性喉阻塞、白喉、猩红热、唇血管神经性水肿、疱疹性口腔炎等等，绝大多数为风邪所导致。

寒：由于外感寒邪，阳气不得宣通透泄而出现恶寒、发热、少汗等症。例如急性鼻炎、急性咽炎、急性喉炎等等。至于某些突发性严重的急性失音（暴暗），乃是重寒直中肺经所致，是寒邪之为患最严重者，大多发生于北方的严冬。

暑：暑为阳邪，不管中暑、伤暑，发病都在夏天。在我科比较少见，唯耳疖肿、鼻疖肿、耳丹毒、鼻衄等，偶然一见。

湿：湿属阴邪，性粘腻而质滞重，好犯于人体的下半身，耳鼻咽喉诸病俱在头面至高之处，似乎不应该有湿证。但如湿邪久困于下，即酵蒸雾化，弥漫上凌。这种雾化物，便是湿浊。湿浊之气已由滞重之质而一变为弥漫浮悬之气，则在人体各处都可游荡为患，五官为空清之窍，更经不起湿浊的侵犯。外耳道湿疹、化脓性中耳炎脓液长期不干、耳中憋气、鼻前庭炎、多涕症、口腔各种粘膜病等等，大多为湿邪所致。

燥：凡含有水分的物质，一旦水分蒸发消失，使该物干枯槁萎者，就是燥。燥邪致病我科中比例较高，但多数是"五变"的燥气。"在六淫"的燥气仅仅是诱发而已。燥证最多见于慢性鼻炎、慢性咽炎、萎缩性鼻炎、萎缩性咽炎、干燥综合征等病。凡肿瘤经过放疗者，绝大多数都有燥证出现。

火：有光、热、燃烧作用的火，能毁灭一切，诚如《无量寿经》所谓："犹如火王，燃灭一切"，所以刘河间的"主火论"，最易使人接受。在六淫中的火，可与热作同义词，如果更仔细一些分析，则热为火之轻者，火为热之重者。火中所有一切炎症及化脓性疾病的初期，大都为火证。

【两害】

六淫的前身六气，是人类必需的，成"六淫"之后，才开始危害人身，而"两害"则对人类有百害而无一益，它一开始就是有害的东西。所以"两害"与"六淫"，绝对不能相提并论，要严格区别。

疠疫：也称疫疠。疫是瘟疫，疠是疠气，都是戾气。《疫疹一得·运气便览篇》所谓"感其病气，而从鼻口入也"的具有流行性传染性的邪气，即是疠疫。我科疾病中最典型的是白喉、猩红热。

污染：污染是外界环境中混入对人体有害或破坏环境卫生的物质所造成的现象，《阿弥陀经》的"五浊恶世"，十分形象化，当然它还包含着思想活动的七情污染。中国在公元前两个世纪时，已注意到了这种情况，例如《吕氏春秋》："轻水所，多秃与瘿人。重水所，多尰与躄人。辛水所，多尰与躄人。苦水所，多尪与伛人。"又如清代江宁梅柏言《白下琐言·议东关水利》（卷九）："况沿河居民，日倾粪桶污水，荡涤无从，郁积日增，病症日作。"他对南京东关闭塞之后引起水源污染与疾病，已认识得十分清楚。我科中由噪音、戴耳机导致的耳鸣、耳聋，有害气体引起的慢性鼻炎、慢性咽炎、慢性喉炎等，比比皆是。

【七情】

"人非草木，孰能无情"，这种"情"都是属于生理活动范围内的精神情志变化过程中的七

种表现，但这种活动过度强烈与持久，则可导致内脏功能失常，气血不调而发生疾病。正确的名称，该称七情病。这种七情病，在《内经》中早已言之颇详。

凡我科的各种慢性病，很多与七情病有关，最多见的有幻听、幻嗅、癔性失音、癔性咽喉异感症等等。

【衰退】

即老化，人当然也是势所难免。《素问·上古天真论》："六八阳明脉衰于上，面皆焦，发始白。七八……，形体皆极。八八，则齿发去，身体重，行步不正"的描述，就是衰老的具体表现，我科的老年性耳聋、老年性多涕症以及老年性舌背味蕾萎缩等，都属于此。

【外来伤害】

物理性的、生物性的、化学性的三者，在我科较为普遍。鼻咽、口咽、喉部经过放射性治疗而引起的咽干口燥，最为多见。

【内伤】

劳逸过度：劳累固然可以致病，但过分安逸也同样可以致病。耳科的某些耳鸣、鼻科的某些鼻炎、咽喉的癔性咽喉异感症中绝大多数的患者，就是终日无所用心、无所事事的人。

饮食不节：凡耳疖肿、化脓性中耳炎、原发性乳突炎、鼻丹毒、鼻疖肿、扁桃体周围脓肿等，很多与饮食有关。《素问·生气通天大论》："膏粱之变，足生大丁"，正指此而言。

异禀过敏：中医对过敏性疾病的认识，最早为《诸病源候论》的漆疮，谓："漆有毒，人有禀性畏漆，但见漆便中毒者。……亦有性自耐者，终日烧煮(烧煮为造漆中的工艺过程)，竟不为害也。"我科以过敏性鼻炎与唇血管神经性水肿，最为典型。

另外，"五变""六致""三种结果"，上面仅仅纲领性地一提，言之未尽，在这里重复地讨论一下：

【五变】

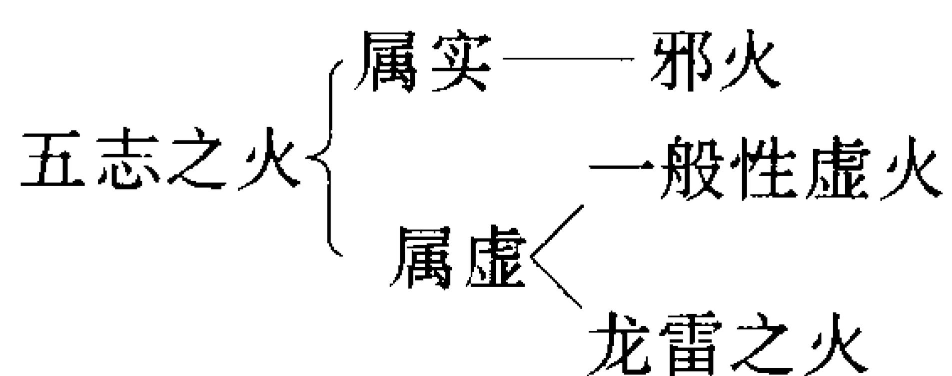
风：在习惯上称为内风，以便与六淫之风严加区别。鼻疖肿严重者，发展到败血症、海绵窦栓塞时，最容易出现这种内风。它是激惹肝阳而动的风，已与六淫之风，截然不同，所以治疗上已非疏风、祛风所能解决，只有潜阳息风法可以应付。

寒：在习惯上称为内寒或虚寒。由于种种原因而致阳气式微，五脏无温，终至真阳无火。真阳又称肾阳、元阳、命门之火。肾所藏之精，需赖命门之火的温养，才能发挥其滋养机体内各部分器官组织和繁殖后代的作用。所以这个寒证，理应温之养之。

湿：在习惯上称为内湿。由于脾阳困顿，失其温化功能。所以也不能简单地燥之、渗之，必须醒其脾气或补益脾土，前者名醒脾，后者名补脾。

燥：津液干枯，就是燥。在人身上仅有津液与营血可以干枯。津液之枯，表现在粘膜；营血之枯表现在肌肤。我科病变都在粘膜，因之也一谈到燥证，即想到津液枯槁。急性的不外热病后期或鼻咽腔放疗之后，致津液干枯。慢性的大多受七情的长期折磨，致阴津暗耗，精微难以升化。所以这个"燥"，不能简单的润之濡之，必须从脾、肺、肾三经入手。因精微升化于脾，阴精贮藏于肾，使津液遍注全身则又赖乎肺之输布。

火：习惯上称为五志之火，以区别于六淫之火。它可以由六淫之火转化而成，但更多的是在七情内伤之下继发的。"五志过极"情况下，把六淫的火进一步强化或使生理上有益之火，嬗变为病理上有害之火。这个火更可析为：



邪火虽然有些是慢性病，但其性质仍然是实证，在临床上切勿被“慢性”的假象所蒙蔽。虚火多见于咽病、口腔病；龙雷之火多见于耳病及咽喉病。

龙雷之火，严格说来，是虚中挟实，虚在肾而实在肝。所以内火之中，龙雷之火，最难治疗。

【六致】

致，招也，到达也。六致，就是说这六种证是由于其他诸症（或证）所招引，然后继发的证。

气滞：它是由于某一种原因而产生气机流行不畅、阻滞的病变。在肥大性鼻炎、慢性咽炎、扁桃体周围脓肿、癔性咽喉异感症等病例中，经常可以遇到。最典型的是航空性中耳炎。

血瘀：除外伤性跌扑撞击损伤引起的瘀症之外，更不乏由体内营血失于流畅而瘀滞所致。它也经常与气滞同时出现，因为“气以血帅，血以气行”之故。四物汤中用川芎，就是一个有力的证明。我科疾病中，如某型的耳聋、耳鸣、肥大性鼻炎，以及慢性喉炎、声带血性息肉等等，很多为血瘀导致。

痰浊：《直指方》的“风搏寒凝，暑烦湿滞，以至诸热郁蒸，啖食生冷煎煿腥膻，动风发气等辈，皆能致痰也”。这说明许多原因都可以产生痰浊。《三因方》的“七情汩乱，脏气不行，郁而生涎，涎结为饮”。饮即是痰，则更指出痰之生，由于七情。因之得知，痰证没有原发而只有继发的。再看开六郁的“越鞠丸”，用苍术以开湿郁，川芎以开血郁，香附以开气郁，神曲以开食郁，山栀以开火郁，独独痰郁无药，但反过来说以上五药也都能开痰郁。理由很简单，其他五郁都可续发痰郁，治疗五郁，痰郁当然治在其中矣。痰证我科很多，如卡他性中耳炎、梅尼埃病、慢性鼻窦炎、慢性声带肥厚、声带小结、声带息肉以及各种囊肿等等，痰浊往往是主要的作祟者。

郁证：习惯上把气、血、火、湿、痰、食六者之郁，称为郁证。《证治汇补》所谓“七情不快，郁久成病，或为虚怯”的郁，为内因所致。总的说来，诚如朱丹溪（1281—1385年）所谓：“气血冲和，万病不生。一有怫郁，诸病生焉”。我科疾病中最典型的为癔性咽喉异感症。

脏躁：一般认为精神因素起着重要作用，临床表现多种多样。其特点是，根据目前的检查技术水平不能发现与其症状相应的形态方面或病理、生理方面的变化。如果女子在更年期，更为严重。我科的幻听、癔性失音、癔性咽喉异感症等病多属于这个原因。

升降失度：指清阳和浊阴的应升而不升，应降而不降。人的活动与生存，都在矛盾中求统一。一旦失去统一性，就是失去平衡，则非病即死。例如阴阳、气血、营卫之外，还有升清降浊，都要求升降有度，相互协调，维持着生命的平衡与机体的统一。一旦失度，疾病即至。我科某些耳鸣、耳聋、鼻塞、失嗅、顽固性口腔粘膜病，很多是升降失度所导致。

【三种结果】

这是所有疾病的归宿，我们称预后。

痊愈：凡正气充沛，消灭了侵入的邪气，并修复了邪气所造成的机体损害，恢复到正常者，就是痊愈。

死亡：正气荡然，邪害嚣张，机体被损害到无法承受时，即死亡。

带病延年：它是介于两者之间，既不痊愈，也不死亡。这是正气尚存，但邪害不能彻底消除，或邪害虽去，而被损害的机体一时或永久无法修补恢复，使病者长期生活于病痛之中。

讨论、掌握病因、病机理论，是溯本求源的基础工作。只有这样，辨证论治才有可靠的保证。

第六章 辨　证

第一节 “辨”、“证”与“辨证”

“辨”，是辨别。其实用在这里的，应该作为明察的意思去领会，要比辨别更深入一层。《周礼·天官》：“六日廉辨。”原注：“辨然，不疑惑也。”就是要把疑惑，辨别得清清楚楚，洞察秋毫。

“证”是什么？首先与“症”字区别开来。“症”，在正规字林中没有，即使在《康熙字典》也查不到。工具书中最早出现此字的，是1914年的《新字典》。在医学文献里最早见到的，是1786年的《奇症汇》。

“证”，在春秋战国时是作为“病”字的同义词。“证”与“症”，应该是同义词而相互通用，但是现在一般人概念，是把“症”与“病”作为同义词，而“证”则指足以帮助作出对某一个问题的分析、判断的名词，例如证券、证章、证据、证人、证件、证明书等等。

“证候”，自陶弘景（452～536年）在《肘后方》修订本的序文中有“其论诸症证候”之后，“证候”一名，即沿用到今天。

“辨证”，是中医根据传统理论，以五诊为手段、十纲为准绳来明辨各种不同的证候。根据脏腑、经络、舌诊、脉诊以及检查所得的阳性体征等，从整体观念出发，分析病人的体质特点及其对疾病、接受治疗后反应，结合发病时令、地区、环境差异等因素，探讨其致病原因与发病原理的普遍性与特殊性，于同中求异，异中求同，做出确切的诊断以便治疗。西医治疗，同样离不开一个“辨”，但不同之处，西医辨的是病，而中医则是“证”。

现在再谈“证”在疾病中的概念和形成。它是一个物体（指人）受到外来的刺激，当时在物体与刺激两者相互激惹之下产生的反应产物，这个产物，就是“证”。例如一面静止的铜锣，打了它一下（是刺激），必然发出响声。这个响声，就可以帮助人们去辨出——也就是明察打锣的东西是什么？手呢还是木槌甚至铁棒？打几下？用力大小？铜锣被损坏与否？损坏的话则其程度如何？这一声锣声，就是“证”。

“证候”的“证”，当然也是如此。当一外来的或内在的致病因素，影响人的机体时，机体当然产生反应而产生“证”，即五变、六致和三种结果。这个反应的过程，包含着两个内容：

其一，是机体对这种致病因素与转变发出的生理自卫措施，例如疼痛、发热、呕吐、喷嚏、咳嗽、泄泻等等。

其二，是机体被这种致病因素或转变所致损害的表现，例如肿胀、化脓、溃疡、缺损等等。通过这种反应所产生的一切症候群，就是“证”。所以“证”是病的现象，病是“证”的本质。因为病是无法观察到的，只有通过“证”来认识这个病。

第二节 对症投药与辨证论治

对症投药，即头痛取头痛药，呕吐取呕吐药，泄泻投止泻药，失眠投安眠药。对一般性病

症，当然有效，但复杂一些的病即难以取效。

辨证论治则不然，只要掌握了证，不管是什么病，根据“证”来作为处理的依据。举例一，风热型的流感、风热型的咽炎、风热型的鼻炎、风热型的肺炎、风热型的血管神经性水肿、风热型的腮腺炎、风热型的巩膜炎、风热型的脂溢性脱发等，我们只要掌握风热这个“证”，就可以通用疏风清热法来治疗，这又称异病同治。举例二，一例明确诊断为咽炎，开始为风寒外感，则用辛温解表剂。继而化热，即用辛凉解表剂。风邪渐彻而热势严重的，即改用清热利咽剂。炎症严重者，又应取用清热解毒剂。如其盛热不衰，里实便秘者，则马上改用通腑清热剂。如其热盛之后而津劫咽干者，当然又需取用甘寒生津之剂。之后转为慢性，干涩而不思饮，咽后壁淋巴滤泡团块状增生者，又取用参苓白术散之类。干而善饮喜冷水，咽后壁淋巴滤泡散在性增生者，则用六味地黄汤。同样一个病人同样一个病，而用药绝对不同，这是同病异治。其所以异病同治或同病异治，都是根据“证”的不同而处方用药不同。

“证”的表现，有些是单纯的、明显的，但更有复杂的、隐晦的，甚至错综迷离，矛盾百出。更有甚者以假象出现，如寒极反热、热极反寒、阳盛格阴、阴盛格阳之类，这时，就要根据疾病的各种表现，去粗取精，去伪存真，综合判断。这种“去粗取精，去伪存真”的手段，就是“辨”。

第三节　辨证的方法手段

传统的辨证的手段，是四诊；辨证的准绳，是八纲。但随着时代的发展，四诊已不能满足今天的要求，八纲也不能应付现代的需要，所以应该发展为五诊十纲。

除了五诊十纲之外，还有“脏腑归经”。这两者，经纬相加，相互配合，就可以准确地辨证了。

五　　诊

所谓五诊，是在原有望、闻、问、切四诊基础上，加上一个查诊。

望、闻、问、切，似乎都是全身检查，但我科则还有局部检查，不能不再申新意。

【望】

如鼓膜的浑浊、凹陷、充血、破裂、穿孔的大小与位置，鼻腔有无异物、息肉还是息变，立特尔氏区完整还是充血糜烂，咽峡的各种表现，声门的各种病变，口腔粘膜的各种变态等，都决不可少望诊。

【闻】

闻诊有二：一为鼻闻嗅，一为耳闻声。这两者在我科具有重要意义，也是有力的诊断依据。嗅，凡口腔病很多有臭气，如焦臭味者多热，粪臭味者阳明经大热，尸臭味者非坏疽性口龈炎即恶性肿瘤，腥味者为寒为虚，抹布霉味者实证为湿浊、虚证为脾虚等，还有几种臭气，必须问清是主观性的还是客观性的，主观的自己闻到而旁人闻不到，客观者自己可闻到或闻不到，而别人可闻到。

治疗喉科病，闻诊更重要。在检查之前，循例先听其“咿”的发音，凭其发音，有经验的医生，大体上可以区别出是小结、息肉、声带闭合不密、瘫痪等等。

《建国40年中医药科技成就·嗓音疾病的研究》有一节关于中医对闻声的新理论，谓：

> 干氏提出发声机理的新观点：无形之气者，心为音声之主，肺为音声之门，脾为音声之本，肾为音声之根。有形之质者，声带属肝，得肺气而能震颤，室带属脾，得气

血之养而能活跃，会厌披裂属阳明，环杓关节隶乎肝肾。

又提出声音特性与脏腑的关系：

音调属足厥阴，凭高低以衡肝之刚怯，音量属手太阴，别大小以权肺之强弱，音色属足少阴，察润枯以测肾之盛衰，音域属足太阴，析宽窄以蠡脾之盈亏。肝刚、肺强、肾盛、脾盈，则丹田之气沛然而金鸣高亢矣（见430页）。

【问】

周密而有分寸的问诊中，可以发现许多对诊断有极高价值的资料。

例如慢性咽炎干燥时想不想求水以润？如其干而不思饮者，多为脾虚；干而思饮者，多为肺肾阴虚。再应追问，所饮的水喜温、喜凉甚至要灼热的？喜温者多脾虚，喜凉者多肺肾阴虚，喜灼热者脾气虚羸已极。

又如耳鸣患者，必须问及其鸣声是连续性的还是间断而伴有节奏的？盖前者为古籍医书中常常谈论的耳鸣。而后者大多为《素问玄机原病式·火类》的"耳鸣有声，非妄闻也"的冒牌耳鸣。这两者绝对不能混为一谈，治法更完全不同。应该再追问一下，对外来噪音反应表现。这种反应不出三者，其一，听到噪音鸣声可以抑低，甚至消失；其二，听到噪音鸣声也相应的大起来，甚至出现烦躁不安者；其三，对噪音漠然不觉。第一种对噪音能接受，属虚证；第二种对噪音不能接受，属实证；第三种无参考价值。

张介宾（1563—1640年）《景岳全书·耳》："耳鸣当辨虚实，凡暴鸣而声大者，多实；渐鸣而声细者，多虚。"诚然，暴鸣者多实；渐鸣者多虚，但渐鸣属实证也不少，暴鸣者也有虚证可见。至于鸣声的大小，则必须知道张氏之大小，仅仅指音调而言，并不包括音量在内。音调辨虚实，则百无一失。音量则并不尽然，音量大者固然实证较多，但有时极大的音量反而为大虚之证，所以对古人的经验之谈，更应结合个人的切身体会加以分析为是。

【切】

切者，按也，除切脉之外，我科还有局部的触诊。

我们常用触诊为诊断鼻窦炎的四个窦区的有无压痛。鼻疖肿开始疼痛，触诊不能用手指，以其指的面积很大，无法辨别在哪一个毛囊，必须要用间接喉镜的尾端去探触。也可用火柴的尾部去探触，取其面积小而容易触到小范围的痛点。

咽扁桃体不萎缩引起的后果，是增殖体肥大，一般检查主要依赖触诊。方法是把左手食指套上指套，伸进咽部向上鼻咽部探查，同时将右手拇指深深置于上下牙齿之间，食指、中指托住下颌骨，以防患者咬到自己的手指。

凡疼痛在喉部明显有痛区者，必须在环状软骨、甲状软骨上寻找压痛点。找到之后，压住压痛点，令患者作吞咽动作以辨别压痛点。移动则痛出软骨，否则软骨无恙。

【查】

查，是指现代一切检查仪器、检查方法，这些都是中医耳鼻咽喉口腔科医生必不可少的，但有一点必须强调，即检查出来的阳性体征，在病历上可以如实记录，但在理论上不能用西医理论来解释，一定要用《内经》体系的精神来把它融解成中医理论，然后纳入（下面）"逐项分析、综合取舍"的辨证中。

十　纲

十纲，是在八纲基础上发展而来的。这十纲，是寒热、虚实、表里、标本与体用十者，但独没有阴阳。因为《素问·阴阳应象大论》："阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生

杀之本始。"《易·系辞上》："阴阳不测之谓神。"原注"天下万物，皆由阴阳"。可证阴阳也者，就是天地间最大的。且看整个太极圈，就是阴阳两者所独占。它的等级层次决不可与寒热、表里、虚实等等量齐观，它是统帅十纲的领袖。再从另一个角度上来看寒热等十纲，虽然抽象，但尚具体一点，不若阴阳抽象到无可捉摸。这十纲中，寒者温之、热者凉之，虚则补之、实则泻之，表则宣解、里则吐下，标者先治、本者后医，体病考虑手术、用病坚持药治，他们都有应付办法。而阴阳则独无应付方法，未闻有"阴者阳之、阳者阴之"的一语。所以它是十纲的统帅，不能与十纲等同，更不能属于同一个层次，只能用来统领十纲的。

【寒热】

从略。

【表里】

从略。

【虚实】

从略。

【标本】

以疾病来谈标本，是多方面的。如病有主次，主为本，次为标。重病、久病为本，轻病、暴病为标。慢性病与急性病同时存在的，则慢性为本，急性为标。新病、旧病同时存在者，旧病为本，新病为标。人与病，则人为本、病为标。以脏腑言，脏病为本，腑病为标。以三因言，外因为标，内因为本。

标本，过去未列入纲，笔者认为可能是古人疏忽造成的遗漏。《素问·至真要大论》："六气标本，所以不同。"《灵枢·师传篇》："春秋先治其标，后治其本。秋冬先治其本，后治其标。"《灵枢·病本篇》："先病而后逆者，治其本。……先病而后中满者，治其标。"这标本两个字在《内经》里一再强调它的重要性。张仲深（元代人）在《子渊诗集》中谓："欲探六脉致调和，曷审三因正标本。"李东垣（1180—1251 年）在《试效方》第一篇第一节第一句，就是"夫治病者，当知标本"。根据张、李两氏的语气，标本可说是诸纲之首。何梦瑶（1693—1783 年）的《医碥》还把标本与表里、阴阳相提并论，而且把标本置于表里、阴阳之上。何氏尚称"标本中气之说，出于内经"。

【体用】

体，《易·系辞》："故神无方而易无体。"其疏谓："体，谓形质之称。"用，《论语·学而》的"礼之用，和为贵"，是作用。由此可知，凡有形有质者，都可称体。看不见而具有功能者，都可称用。取用于此，凡功能性疾病，属用，器质性疾病，属体。

范缜（约 450—510 年）在《神灭论》中解释得很清楚，谓："形者神之质，神者形之用。是则形称其质，神言其用。形之与神，不能相异。"佛家也有"体灭"与"用灭"之分。

在医学方面第一个提到体用者，是李东垣。《脾胃论·五脏之气交变化》："鼻乃肺之窍，此体也。其闻香臭者，用也。"

我们把它运用到十纲中即：属体者，可考虑手术；用者，不考虑手术而重恃药治。

脏腑归经

见第三章　耳鼻咽喉口腔的归经属脏。

如何辨证

干老在解放前从教第一个学生起，就取用了自己摸索出来的“逐项分析，综合取舍”法来教会他们去辨证，这样则言之有物，摸得到、看得着，也易使初学者付诸实践操作，而且易教、易懂、易学，方便准确，误差很小。

具体方法：

（1）先在脑子里拟订一份表格：

表 1

				症状	辨			证
					理论根据	印象	分析	
诊	器官							
	问	全身						
		局部						
	望闻查	检查						
察								
		舌	苔					
			质					
	切	脉						

（2）把在五诊中得到的信息，逐项填入“症状”一格里。

（3）选择（特别强调“选择”两字）适合的各种理论根据来源，包括《内经》、各家学说、常规定律以及自己个人的心得见解，也逐项填入表内“理论根据”一格里。为什么一定要强调“选择”？因为同样一个症状，可以由不同性质的“证”来造成的。例如同为腹痛，《素问·痛举论》中谓“寒客于小肠，故后泄腹痛矣”。而《素问·六气正纪大论》则称“火郁之发，民病腹中暴痛”。再举一个脓肿的例子，《灵枢》在同一篇《痈疽》中，既谓“寒气客于经络之中，则血泣，……故痈肿”，但同时又说“大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓”。两个截然不同的寒和热，同样可以适用于同一个疾病或同一个症状，当然，“证”是不同的。就拿上面脓肿感染来说，凡是冷性脓肿（阴疽），自然有它冷性之证，那么应该选择前一句。一般感染如疖肿、痈（阳痈），当然也有它热性之证，就选择后面一句了。这就是要选择及为什么要选择。

（4）对每一个症状，根据“理论根据”来分析，将得到的初步结论就填写在“印象”项中。

（5）然后把全部的印象汇集起来，再用取粗取精、去伪存真的方法来突出主证。

（6）许多印象，不可能趋于一致，也有自相矛盾的，那么再来一“取本舍末”的手段来取其“本”而去其“假象”。古人的“舍脉从证”和“舍证从脉”，就是这个手段。

（7）最后，作出判断，是什么“证”。

填表方式如下：

表 2　　　　　　　　　　急性耳咽管阻塞——聋

		症状	辨			证
			理论根据	印象	分析	
位置		上身	“伤于风者，上先受之”《素问·太阳阳明篇》	风邪	表证、实证，病在肺经：因属风热，以失于宣泄为主要原因	风邪外束，肺气失宣
器官		耳	“肺经之结穴，在耳中”《温热经纬》	病在肺		
问	全身	曾有感冒	“风邪伤卫”《类证治裁·伤风篇》	失于宣解		
		暴发型	“暴聋气蒙”《素问·通评虚实篇》	气滞气闭		
	局部	鸣	“阳气万物，盛上而跃”《素问·脉解篇》	阳气旺		
			“痰火上升，郁于耳中而鸣”《明医杂著》	痰火		
		鸣声大	“凡暴鸣而声大者，属实《景岳全书》	实证		
		耳中闷	“偏塞闭不通，内气暴薄也”《素问·通评虚实论》	气闭		
		耳中痛	“盯、聋、痛，皆风热凑也”《医学入门》	风热		
望闻查	检查	鼓膜内陷	阳气不升，乃陷	阳气不升		
		骨气	浊蒙清窍	实证		
	舌	薄白苔	“微白，寒邪初入太阳”《伤寒舌鉴》	实证		
切	脉	浮	“浮脉，主伤风发热”《察病指南》	表证		

表 3　　神经性聋

		症状	辨证			
			理论根据	印象	分析	
位置		上身	“上气不足，耳为之苦鸣”《灵枢·口问篇》	气虚	脑为髓海，髓属肾。一派肾阴亏损见证。精气内夺而聋	少阴不足，精气内夺
器官		耳	“肾在窍为耳”《素问·阳明应象大论》	病在肾		
问	全身	病已久	“经年不愈，谓之元虚”《证治汇补》	正虚		
		头昏晕	“髓海不足，则脑转”《灵枢·海论》	脑髓虚		
	局部	聋	“精脱者，耳聋”《灵枢·决气篇》	精脱		
		耳鸣	“液脱者，脑髓消，胫酸，耳数鸣”《灵枢·决气篇》	液脱		
		鸣声低	“肾虚者，鸣微”《世医得效方》	肾虚		
		鸣在夜间加重	“合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也”《素问·金匮真言论》	阴证		
望闻查	检查	吕内氏短阳性	亏损于内，则不足于外。	内损		
		施瓦伯氏缩短	亏损于内，则不中于外。	内损		
	舌	质红	“亏损已极”《辨舌指南》	亏损		
切	脉	软、弱	“虚脉迟大而软”、“肾与命门居尺部”《濒湖脉诀》	肾虚		

表 4　　血热妄行的鼻衄

<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2"></th><th colspan="2" rowspan="2">症　状</th><th colspan="3">辨</th><th rowspan="2">证</th></tr>
<tr><th>理　论　根　据</th><th>印象</th><th>分　析</th></tr>
<tr><td colspan="3">器　官</td><td colspan="2">鼻</td><td>“入通于肺，开窍于鼻”《素问·金匮真言论》</td><td>病在肺</td><td rowspan="11">肺火逼血妄行，但太阴经多气少血之经，无大量血液以供消耗，只有多气多血的阳明经，才有大量之血，所以更须责之于胃</td><td rowspan="11">肺胃积热，逼血妄行</td></tr>
<tr><td rowspan="10">诊</td><td rowspan="5">问</td><td rowspan="3">全身</td><td colspan="2">来势较速</td><td>“有新久之分，新者……乃肺伏火邪”《证治汇补》</td><td>肺火</td></tr>
<tr><td colspan="2">发病时头痛</td><td>“阳明所谓客孙脉，则头痛鼻衄”《素问·脉解篇》</td><td>病及胃</td></tr>
<tr><td colspan="2">头昏眩晕</td><td>“诸血失道妄行，此眩晕之生于血虚也”《寿世保元》</td><td>贫血</td></tr>
<tr><td rowspan="2">局部</td><td colspan="2">活动性出血</td><td>“火与火斗而血逆妄行，从鼻而上越矣”《百病辨证录》</td><td>火气</td></tr>
<tr><td colspan="2">血出量多</td><td>“多气多血唯阳明”《医宗金鉴·外科心法》</td><td>胃血</td></tr>
<tr><td rowspan="4">望闻查</td><td rowspan="2">检查</td><td colspan="2">立特尔氏区糜烂</td><td>“热盛则肉腐”《灵枢·痈疽篇》</td><td>热盛</td></tr>
<tr><td colspan="2">鼻粘膜充血</td><td>“在天为热，在地为火，在色为赤”《素问·阴阳应象大论》</td><td>热与火</td></tr>
<tr><td rowspan="2">舌</td><td>苔</td><td>薄黄</td><td>“舌见黄苔，胃热之极”</td><td>胃热</td></tr>
<tr><td>质</td><td>红</td><td>“血中热”</td><td>血热</td></tr>
<tr><td>切</td><td>脉</td><td colspan="2">数或大</td><td>“数主热”，“大主邪盛”《脉理求真》</td><td>实热</td></tr>
</table>

表 5　　脾不统血的鼻衄

		症状		辨			证
				理论根据	印象	分析	
器官		鼻		“足阳明之脉，起于鼻之交頞中”《灵枢・经脉篇》脾胃相为表里	病及脾	脾气虚衰，失去统血摄血功能致血不受约束而离经外溢	脾不统血
问	全身	反复发作		“久则传里”（久病必虚）《证治汇补》	虚		
		头晕头眩		“头晕者，脾气不上升也”《内科摘要》	脾气不升		
		四肢乏力		“脾主四肢，故虚则不用”《素问・调经论注》	脾虚		
	局部	血从鼻出		“杂病衄血……脾不统血也”《罗氏会约医镜》	脾不统血		
		量少而频		“肺气上逆，咳嚏鼽衄”《素问・平人气象论》原注	肺气上逆		
望闻查	检查	粘膜苍白		“血脱而不华于色也”《素问・平人气象论》原注	血脱		
		血红蛋白低		不足者虚	虚		
	舌	苔	薄	（无参考价值）			
		质	胖	“脾气薄弱，气血皆虚”《中医舌诊》	气血两虚		
切	脉	脉	弱小	“弱主气虚，小主气虚”《脉理求真》	气虚		

表 6　　急性咽炎

			症状	辨			证
				理论根据	印象	分析	
器官			咽喉	“喉乃太阴呼吸之门，主气而属天，咽乃水谷之道，属胃而主地”《素问》	病在肺胃	病在肺胃两经。属表证、实证，为风热(寒)外侵，痰浊内结	风热(寒)夹痰，束于肺胃
诊察	问	全身	发病急切	“病有新久之别，新者……乃肺伏火邪”《素问》	病在肺		
			寒热头痛	“第三日必发寒热，或头痛，兼风寒者，宜疏散”《类证治裁》	风寒或风热		
			烦渴便闭	“热毒蕴结，胸膈不利”《证治汇补》	热毒		
		局部	肿痛	“肿痛闭塞，为风痰郁火热毒上攻”《类证治裁》	风痰		
			言语不便	“声音难出，痰涎壅滞”《医宗金鉴·外科心法》	痰浊		
			饮食不利	“风热上壅，气不能通，咽物不下”《喉科秘钥》	风热		
	望闻查	检查	扁桃体肿胀	“此肺经积热，受风凝结而成，生咽喉旁”《医宗金鉴》	肺经风热		
			粘膜充血	“感风热起，满口发红”《喉科秘钥》	风热		
			义膜	“烂斑，乃火郁之症”《喉科秘钥》	火郁		
		舌	黄腻苔	“热邪痰涎，湿浊为患”《中医舌诊》	湿热痰浊		
	切	脉	洪大	“咽喉之脉，两寸洪溢，上盛下衰”《喉科指掌》	邪在上		

表 7　　慢性咽炎

诊察			症状	辨：理论根据	辨：印象	辨：分析	证
诊	器官		咽喉	“肾足少阴之脉，其支者循咽喉、挟舌本”《灵枢·经脉篇》	病在肾	病在肾经水脏。津液内竭，难以濡养清窍	少阴不足，阴津内枯，相火偏旺
	问	全身	反复发作久治难痊	“肾足少阴之脉，其支者循咽喉，挟舌本”《灵枢·经脉篇》	肾		
		局部	干燥	“气虚火炎，咽膈干燥”《证治汇补》	虚火		
			微痛	“劳苦而发，微红而痛”《喉科秘钥》	疲劳		
			多粘痰	“此痰乃津液所化也”《囊秘喉书》	津伤		
			痒	“痒乃相火也”《百病辨证录》	相火		
			异物感	“脾胃畏木之刑也”《百病辨证录》	肝旺侮脾		
察	望闻查	检查	后壁污红	“本原不足，虚火上炎，关内上下、红色间有白斑”《喉科秘钥》	虚火		
			淋巴滤泡增生	“阴虚损肺，时生斑形若癞虾皮”《喉科秘钥》	阴虚损肺		
			慢性充血	“痨苦而发，微红而痛”《喉科秘钥》	疲劳		
		舌	苔：少苔	主邪少	少邪		
			质：红	“阴液内伤”《中医舌鉴》	伤津		
	切	脉	细弱	“脉虚者，此症肾虚火旺”《尤氏喉科》	阴虚火旺		

在这里有两点要加以说明：

其一：这里的“表格”、逻辑、“填写”等，是在脑子里想的，古人称为腹稿。

其二：理论根据，不一定真正去找出典。可以取用常规的、常用的及自己的心得体会就够了。不必一定要找到经典出处。

第七章 论治——内治法

第一节 治 法 总 述

所谓内治，就是《素问·至真要大论》的“内者内治，外者外治”。因为任何疾病，总是病之于内而形之于外的。诚如陈士铎《洞天奥旨》一开卷就强调一切疾病“皆脏腑内毒，蕴结于中而发越于外也”。从这样一个整体观念出发，所以中医把内治一法视为最重要的一环。

中医内治，依靠药物，给药途径也一般是通过消化道给药，因之就习惯把“服药”或“吃药”作为与内治的同义词。随着时代的进步，中医治疗学也不断地发展，过去的七方、八法、十剂、十二剂学说，也由简单而日趋繁琐。目前临床上取用的只有攻、和、补、抢四法，尤其是抢救的抢法，表现于喉科尤为突出。

【攻】

一提到攻，首先使人想到的必然是攻下的泻法。不可否认泻下剂是攻剂，但不全面。考攻字的含义，是“击也，伐也”，是用武力去除掉对方的意思。用在这里，是用药物除掉疾病之谓，但多少有些进攻性。

凡耳鼻咽喉口腔病属于外感导致的，都可取用疏邪解表法，辛凉解表或辛温解表视情况而定。寒凉直折的失音、过敏性鼻炎等用祛寒温中法。耳、鼻疖肿、丹毒之急发于酷暑之际，用清暑法。一切感染化脓性的轻者用甘寒清热解毒，重者用苦寒清热解毒法。急性卡他性中耳炎、急性喉梗阻的消痰法等等，都为攻法，另外还包括着釜底抽薪的泻下法。

【和】

和，就是调和脏腑、阴阳以及气血、升降等等。疾病是“乱”的表现，所以人体一旦失常而“乱”，当然急需调和来使之正常。因为“攻”的对象，是邪气强加于人的机体故而必须除去。“补”是正气不足，必须乞灵于药食之助来充之盈之，予以填补其缺损的办法。而这个“和”的对象，既没有邪气的强加于人，更没有出现其某一部分机体的不足(如气、血、脾、肾、心)，所以与去其有余的“攻”或充其不足的“补”，迥然不同。

例如，幻嗅、幻听、癔性失音、癔性咽喉异感症等，常用的疏肝气、平胃气、开六郁、缓脏躁等调和气机法，最为典型。另外，鼻腔阻塞、听力障碍、口腔粘膜长期有病等症的升提清阳，也较为典型。

【补】

补，是补缺、补残、补充。凡事物破碎的、不足的、残缺的都需要补助、填充，是谓补。我科的耳鸣、耳聋、梅尼埃病、鼻科的多涕症、过敏性鼻炎、慢性咽喉病及口腔疾病都少不了补法。其中有补气血、补肺、补脾、补心以及生津养液等，最为多用常用。

【抢】

抢，是抢救。继发性乳窦炎引起的颅内感染，鼻出血引起的休克、急性喉梗阻以及坏疽性口龈炎等等，都是抢救的对象。化脓性疾患导致的败血症、鼻疖肿导致的海绵窦血栓等等，也是必须抢救的。但因各个疾病“证”的不同，其治法也不同。一般说来，急性喉梗阻，要劫痰解窒；大出血休克、虚脱及白喉心肌损害，要回阳固脱；其他的大多用平肝息风、解毒护心之类。

中医对耳鼻咽喉口腔病的抢救，也有其独到之处，其疗效是比较可靠的。

第二节 治法分述

尽管各方都有其主要作用，如解表的、清热的、消痰的、理气的、化瘀的、补益的等等，但很多一方两用，兼有两种或两种以上的作用，例如防风通圣散既能解表又能通里，仙方活命饮集疏表、清热、解毒、消痰、化瘀、理气于一方，所以这里的归类安排，主要是根据其主要治疗作用。

攻 法

【疏邪解表】

一切急性的由六淫导致的疾病，发病初期都可取用，分两大类。

辛温解表：急性中耳炎、急性鼻炎、急性咽喉炎、急性扁桃体炎等，由于风寒者，均可取用。常用方有荆防败毒散、杏苏散之类。喉科的有名方，为《喉科指掌》的六味汤。

辛凉解表：这是接受风热或由风寒转热而成的风热，则需辛凉解表法。常用方有银翘散、桑菊饮之类。

【通腑攻下】

一般通便的方药，统称为通腑攻下剂或泻下剂。取用此法时，最好在表邪已彻，里实已成的阶段。在临床应用上，也有两大类。

峻下：取药猛峻凌厉，利用它的峻猛之力把实邪结热推出体外。有人把这种治法，称为"釜底抽薪"。凡严重的化脓性中耳炎、耳疖肿、严重的鼻丹毒、鼻疖肿、急性咽喉炎、扁桃体周围脓肿等，在高热不退，大便多日不解，口渴狂饮，烦躁不宁，白细胞总数及中性粒细胞大大增加时，可以取用。若能运用恰当，可达到"一剂知、二剂已"的疗效。常用代表方为调胃承气汤单味药番泻叶。

润下：适用于虚证、虚人、老人及久病者。大多以慢性咽炎、复发性口腔炎等为多。因其肺阴早已亏损，津液长期消耗殆尽。肺与大肠相为表里，肺枯必使肠燥，肠燥当然难圊。同时大便不能下通，虚火更易上逼，形成了一个恶性循环。所以本法取用滋阴润燥的办法，使干结者润泽下行而不伤津液和正气，所以取药也以含油量较多的果仁类为主。津亏者血必燥，因为津血同源。津枯血燥，肠无水分，大便必然干结。因之这型的泻下剂，应从养血生津法。常用代表方有麻仁丸、五仁汤之类。

【祛寒温中】

严重的过敏性鼻炎、暴喑等病常用本法。另外复发性口腔炎的肾阳无温之寒，乃属于"五变"的"内寒"，并非属于六淫外因之寒而需要祛寒，应用温阳以求阳和春暖的"和"法。这里是陡然接受六淫之重寒酷冷，阳气突然偃息。常用代表方为小建中汤之类。

【清热解毒】

清热解毒在我科里也为常用方法之一，其原因有三：其一，客观上热毒证，较多。其二，现代什么病都称"炎症"，于是在人们脑子里造成了一个错觉，认为只要是炎症，就要消炎，而消炎者清热解毒也。其三，误用温药、热药的副作用。至于热与毒的界限，虽然没有明文规定，但在概念上有这样一个层次，是：热⟶火⟶毒⟶内入心包。正因为热证、火证有层次可分，故而对清热解毒剂的使用也当有区别。一般为甘寒剂与苦寒剂两类。如其再深入一些，则可分

为“肝胆族”与“非肝胆族”，因为涉及肝胆经的比不涉及肝胆经的疾病，要难医难治得多。

甘寒清热：甘寒剂比苦寒剂的弊端，可以减少许多，万一误用，也易于纠正与补救，所以医龄较高的老医生，大多喜用甘寒。但甘寒剂甘淡平和，作用远逊苦寒剂的摧枯拉朽、立竿见影。不过甘寒剂对稍有表邪、津液欠充、体弱正衰者，不会产生不良后果。此外，甘寒剂中还有两个独特的作用，就是有滋阴生津作用，如石膏、竹叶、天花粉、知母、生地、玄参、芦根、茅根之类，以及退蒸除烦作用，如竹叶、知母、青蒿、鳖甲、丹皮、赤芍、地骨皮、甘中黄之类。我科常用代表方有五味消毒饮、竹叶石膏汤和白虎汤之类。此外，犀角地黄汤，虽药力猛峻，但也属于甘寒剂。

苦寒清热：这是采取大苦大寒药组成的苦寒剂。它的寒凉直折之势，可以把之火镇压或消灭下去。其疗效，当然比甘寒明显、迅速、有力。故急性鼻前庭炎、鼻衄、鼻疖肿、急性化脓性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、急性会厌炎、严重的口腔炎症等，尤其是白细胞总数、淋巴细胞急剧增加时，即大有非此不可之势。常用代表方有黄连解毒汤、银花解毒汤或加减三黄凉膈散之类。

清肝胆之热：这是针对肝胆疾病清热解毒，常用方有栀子清肝汤、龙胆泻肝汤之类。其适应证，如急性化脓性中耳炎、耳丹毒、耳疖肿、急性乳窦炎，还有肝阳上亢（大都为有高血压病者）的鼻衄等。盖肝胆之络附于耳，舌边为肝胆之区，肝为贮血之库，肝阳一亢，逼血外溢之故。

【利湿化浊】

浊从湿化，故轻者为浊，重者为湿。湿多滞积于下半身，浊能弥漫于上半身。两者基本相同，区别在轻重、浮沉之间而已，故我科大多以浊为主。

这种利湿化浊治法，很少用于咽喉病，所以古人有“两术（苍术、白术）不入喉门”（喉门有两个含义，一为咽门、喉门；一为喉科医生之门）之说。但独多用于口腔病，旁及耳病、鼻病。以其证情各异，在利湿化浊法中也就层次分清。一般常用的有五法：

芳香化浊法：湿性重而粘腻，很少直犯头面。浊则轻而飘扬，因之氤氲上腾，祸及七窍，尤其是口腔。口腔隶属于脾，脾为土脏而主湿。其平时的平安康健者，全赖乎阳气的清濡煦养。一旦湿浊上蒸，或湿浊与外邪互结，则浊蒙清窍，轻清的阳气遭受阻遏。古语“突边焉有净土”一词，确是至真之语。其表现于口腔者最多，次为鼻，再次为耳，咽喉殊不多见，除非为六郁证中湿郁的癔性咽喉异感症。芳香化浊用方，常用者有藿香正气丸（散），但同时更可参酌李东垣的升阳散火汤。干老订的一方为升麻、葛根、菖蒲、白芷、藿香、佩兰、六曲、半夏曲、羌活，无以名之，似可称为化浊升清散。

淡渗利湿：所谓淡渗，就是取用味淡的利湿药物，使湿从下焦排出。它的缺点是药力轻薄，但优点是不伤津液，对老人、弱者、久病、阴虚者毫无流弊。常用方有八正散，除木通、大黄、山栀三味苦寒品外，再加路路通等。

清热利湿法：这种方法是使用苦味燥湿和利湿清热的药物来组成，用之于湿热两重者。因为湿与热，往往结伴同存，所谓“无形无质之热，每随有形有质之湿邪以为依附”。此法常用于外耳道湿疹、鼻前庭炎、口腔炎等症。常用代表方有二妙丸、萆薢渗湿汤之类。

醒脾燥湿：《类证治裁·湿证》：“湿证，内生者，水谷生冷，由脾阳之不运，所谓‘诸湿肿满，皆属于脾也’的湿，是内湿。”故醒脾燥湿法，理应置在‘和’法之中，只有《罗氏会约医镜·论湿证》的“天雨袭虚，地气上蒸，或汗衣久沾，或重雾寒露未避”的湿，才是这里所讨论的湿。

为使利湿化浊法免于支离破碎，故把“醒脾燥湿”与“健脾制湿”两者放在这里。醒脾燥湿常用方有五苓散之类。其中桂皮的鼓舞脾阳，白术的健脾燥湿，更是神来之笔。

健脾制湿：应该也归类于“和”法。脾主运化水湿，脾一虚则运化功能衰退，即可引起水湿停滞。水湿一停滞，反过来加困于脾，脾一困顿，运化功能更形衰退。见于我科的有长期渗液不涸的慢性化脓性中耳炎、涕多且稀的慢性鼻窦炎、口腔久病的粘膜病等。常用方有六君子汤、异功散及参苓白术散之类。以上三方，首先健脾，脾土一健，坤德厚载，内湿不燥而自除。

（以上为攻法）

亦攻亦和法

【消痰】

中医所称痰，除指呼吸道分泌的生理性或病理性的产物之外，还泛指包括体内一切积潴在各器官组织内的败津腐液，绝大多数是可以见到的粘液物质，但也有无形的痰，如梅尼埃病、痰蒙清道的痰，癔性咽喉异感症、痰气相凝的痰等等。不过无论看到的或看不到的，都可以分为风痰、寒痰、热痰、燥痰、湿痰、顽痰、结痰以及脾虚之痰或肾水泛滥之痰几种，所以治法也各有不同。口腔病除舌下腺囊肿之外，基本没有什么痰证，耳、鼻、咽喉的痰证就比较多，尤其是急性咽喉病，风热痰三者连袂为患。治痰之法，不外以下九种：

消风痰：由急性感染的风邪激惹导致的痰，一般多为风痰。常见于急性卡他性中耳炎、急性咽喉炎症。常用方为六味汤合二陈汤、温胆汤、三子养亲汤之类。

温寒痰：在理论上说，气血遇寒则泣，津液遇寒则滞，诚如林珮琴（1772—1839 年）《类证治裁》所谓“寒留则水液不行”。不行则滞，滞则败，败则成痰。但我科寒痰一证，十分罕见，偶然在急性喉炎中可能遇到。治法当然是温中化痰，常用方为理中化痰汤。

清热痰：我们认为火可烁津炼液为痰，故有“火为痰之本，痰为火之标”一语。因之一切痰证，由于热证为多而痰证也相应较多，所以本科急性病独多热痰。急性卡他性中耳炎以及所有急性咽喉炎，基本上都是热痰。常用代表方有清气化痰汤之类。慢性咽炎、慢性声带炎、慢性喉炎，虽然是慢性病，但也不乏由五志之火导致而成的热痰。这型热痰，常用方以黛芩化痰丸最为合适。

润燥痰：燥痰证，仅仅在阴虚体质的慢性干燥性鼻炎、萎缩性鼻炎、慢性咽炎、干燥性咽炎、萎缩性咽炎及干燥综合征几个病种中出现。以上咽喉、鼻病，除干燥之外，常频频清嗓者，十之八九属燥痰。所以一般消痰方药要忌用于本证，因忌香燥之故。只有清肺生津以化痰，才是中的之法，即所谓“燥者润之”之意。常用代表方有清肺饮或清嗓饮。

此法，有时可列入“和”法，甚至“补”法中。

理湿痰：感受外湿过重过久，致中州被困，阳气不振，津液浊化成痰。此外，湿浊内停一久，脾气怠息，不能运化水湿，水湿与津液停滞而成湿痰。但必须知道，前者为外湿，即六淫之湿，治偏“攻”法。后者为内湿，即七情之湿，治偏“和”法。在理论上固然泾渭分清，但一到临床上则又难以划分了。

这种湿痰，在咽喉病中不会发生，耳科病、口腔科病中为多，常用方是燥湿化痰汤。凡偏于“攻”者有二陈汤、王氏二陈汤为代表方。凡偏于“和”者，以指迷茯苓丸为代表方。

攻顽痰：指顽固难化的痰证。以喉病中的室带长期肿胀、肥厚，粘膜不充血或晦暗惨淡者为最典型之证。它虽似旷日持久的典型慢性病，但仍然取用“攻坚消痰”法，常用方为加减四海汤或礞石滚痰丸之类。干老常在此方中加三棱、莪术、毛慈姑、昆布、瓦楞子、百药煎等药。

消结痰：结聚有形可睹之痰，习惯上称为结痰。例如会厌豁囊肿、咽部潴积性囊肿、舌下腺囊肿、鼻窦囊肿之类，最为典型。常用代表方有四海软坚汤、王氏二陈汤之类。

健脾制痰：见下“治本制痰”。

壮肾制痰：见下“治本制痰”。

【清火】

清六淫外感之火，在前“清热解毒”中言之已详。这里讨论的是脏火，又称五志之火。

清心火：心寄窍于耳，心主嗅，心开窍于舌。《素问·五常政大论》：“火气高明，心热烦，嗌干善渴”，所以心火燎燃，可以蔓延到五官各处。

考心火一词，有广义与狭义两种：凡手少阴心经者，是狭义的心火。心为火脏，在五行属火，在八卦为离，在方位为南，在天干为丙丁，所以一切实热实火，也可泛称为心火，这是广义的心火。这里的心火为广义与狭义并存。常用代表方轻者导赤散，重者泻心汤。

清肝火：在未涉正题之前，先把肝火、肝气与肝阳三者，予以澄清。肝火，是火出肝经，为肝的功能亢进而出现有余之象，急性化脓性中耳炎、耳疖肿、耳丹毒、急性乳突炎、舌体炎症，大多夹有肝之火、肝之热者。肝气，肝性条达而喜疏泄。一旦情志不舒，恼怒郁怫等影响其条达疏泄，就会引起肝郁不舒、木失条达而横逆，这种机转，便是肝气。常见于某型耳鸣、耳聋等证，而以癔性咽喉异感症最为典型。肝阳，有时也称肝风，乃肾阴不能濡养于肝，即所谓水不涵木。它的机制是肾阴不足，连锁反应到肝阴不足，阴不维阳，则肝阳偏旺而亢。表现于临床者，以有高血压病病史者为多。又如继发性乳突炎、梅尼埃病、鼻出血、鼻疖肿导致的败血症、海绵窦血栓等，一定有肝阳的原因。应付办法，属于攻者，清肝息风，代表方有清肝汤、龙胆泻肝汤之类。属于和者，柔肝息风，代表方有加减羚角钩藤汤之类。最严重的见下“抢”法。

清肺火：肺中伏火，有六淫之火，也有内伤之火。前者属攻，有新泻白散之类。后者属和，有养阴清肺汤加桑白皮、山栀。

清胃火：胃属阳明，阳明经多气多血，所以热证、火证独多，而且辛热炙煿致火之品，首先进入胃腑。口腔属脾，脾胃相为表里。咽属胃、口属脾，所以胃火证以口腔、咽喉为多。以阳明之脉挟鼻，因之胃火过重，即成大衄。清胃方药，常用方轻者有白虎汤、重者有凉膈散之类。

制相火：属“和”属“补”，后详。

（以上为攻、和两法混合难分者）

和　法

【调和气机】

《杂病广要·诸气论·九气七气》：“阴阳虽大，未离乎气，故通天下一气耳。人生其间，……一吐纳，一动静，何所逃哉，与气流通而已。故气平则宁，气不平则病。”中医之所谓气，所指的东西很多：第一类为指人体内气机的运行变化，如卫气、宗气、原气、谷气、营气等。第二类指脏腑功能失调而引起的各种病理性变化，如肝气、胃气、浊气、火气、湿气、燥气、毒气等。第三类指脏腑组织的活动能力，如胃气、肾气、脾气、肺气等。这里所谈的气机，为第二类。调和气机一法，就是消灭第二类的“气”。

疏肝气：人身诸气之中以肝气最易致病，尤其是“女子肝常有余”的女性（参阅上文“清肝火”）。其治疗手段则用“木郁达之”之法。常用代表方以逍遥散最多用而成为众所周知的一首必用方剂。如夹肝火，用丹栀逍遥散。

平胃气：脾气以上升为安，胃气以下降为顺。一旦饮食所伤、精神刺激、或胃火冲逆、肝气凌侮、或痰浊内滞等，都可致胃失和降，甚至上逆。这种情况常常伴以许多五官科疾病同时出

现。我们常用的平胃镇逆方剂中，以旋覆代赭汤为代表方。

气压损伤：以前中医没有“气压损伤”一证，现在很多航空性中耳炎就是此证。人身气血运行，保持着相互对立、相互依存、相互平衡状态。但人是与周围环境相统一的，往往周围环境也能打扰你的平衡，大气压的异常变化，人的肌体当然受其影响，损伤也接踵而至。应付办法，当然是调整大气与机体的矛盾。这种方剂，以各种流气饮为代表，如《窦氏疮疡经验全书》中的木香流气饮，以及干老为航空性中耳炎特订的升清流气饮。

【开六郁】

郁证，一般是指情志不舒、胸怀悒怫、甚至精神创伤所致的气机郁结的一种病证。其实气之滞、血之瘀、湿之困、火之郁、食之积、痰之凝达到顶点而难以疏解者，也称郁证或六郁。以郁字的含义来讲，就是壅遏不通，凝固不散之意。朱丹溪曾谓“气血冲和，万病不生。一有怫郁，诸病生焉”。我科除明显的癔性咽喉异感症外，还有不少并发的郁证。它既称郁结，治疗当然以开、解来对付。常用代表方，偏于七情者用逍遥散，偏于外因及不内外因者，用越鞠丸。

【缓脏躁】

脏躁一症，是一种常见的神经官能症，多见于青年女性，所以《金匮要略》就直称“妇女脏躁”，常因精神因素使君主之官神明失调而致。它的临床表现是十分复杂及多种多样的。幻听、幻嗅、癔性失听、癔性失音、癔性咽喉异感症等病的病因，基本上都是脏躁，还有某一症候群反复出现及戏药者，不能不考虑到脏躁，尤其是绝经期的妇女。我科认为脏躁由于肝急，所以就运用“肝苦急，急食甘以缓之”的方法来处理。常用代表方有甘麦大枣汤之类。

【升提清阳】

清阳指体内轻清升发之气，浊阴指体内沉滞重浊之质。《素问·阴阳应象大论》谓“清阳出上窍，浊阴出下窍”，也就是说，阳主气，轻清上升，于是头面诸窍得以空清爽朗，耳目聪明。阴主形，沉重下降，故它的作用在于下身的两窍。一旦升清降浊的功能紊乱或障碍，清阳不升，浊阴必然不降而上潜，于是头面五官诸窍全被浊阴之气弥漫笼罩，终至空清之窍不空不清。在耳则鸣、聋、憋气，在鼻则失嗅、堵塞，在口腔则口糜、口疮、长期难愈，在咽喉则鲠介、角化症等等，不一而足。针对这种情况，必须取用升清升阳一法。李东垣拟订了不少升提清阳的名方，其中必不可少的是升麻、柴胡、葛根，旁及羌活、蔓荆子。我们临床上常用的补中益气汤、益气聪明汤，也为有效名方。但值得注意的是，有高血压病的，要慎用。

【宣通开窍】

开窍一词，有两个截然不同的意思，其中多数是指治疗神志昏迷者，因为心窍受邪而闭塞，用药物来使神志清醒，如清心开窍、化痰开窍、逐寒开窍、芳香开窍等等。但我科的开窍则专指开启七窍之窍。因为耳之能听、鼻之能嗅、咽之能吞、喉之能息能言、舌之辨味，都是清阳上举、宗气温煦而诸窍通利，成为空清之窍。一旦被邪浊蒙蔽，非但失去正常的空清而且还要发生病变，这也就是《素问·四气调神大论》之所谓“邪害空窍”。这里所指的邪浊，有外因、内因也有不内外因，尽管构成此邪此浊的因素不同、治法各异，但开窍的手段与它的结果是一致的。我们自有专用的开窍药，如：麝香、冰片、菖蒲、路路通、漏芦、连翘心、马兜铃、蝉衣、防己、荷茎、葱茎等（以作用大小为序），可在各型方药中适当地、有选择地加入。但麝香与冰片，仅能作嗅入剂（即鼻腔给药）使用。即使内服，也只能置在丸散膏丹中而不能放入汤剂煎煮。

【治营理血】

治营理血方法，古来论述最多。有最简明的《本草经疏》、《血证论》三法，还有最繁琐的《类证治裁》十八法，介于其中的有《杂病广要》五法、《简易方论》八法。虽然繁简悬殊，但都言

之中的、中肯。在我科中只要掌握止血、化瘀、破结与补血四法足矣。

止血：适用于一切出血，从急性的鼻衄到慢性的齿龈渗血，都在这个范畴之内。凡由于血热妄行者，取清热凉血法，代表方有茜根散之类。由于脾不统血者，取滋养收敛法，代表方有归脾汤、止血归脾汤。长期虚寒型慢性出血，取温养止血，代表方有独参汤。普通一般性的，有十灰丸（散）之类；严重的可用犀角地黄汤。凡兼血压高者，以潜阳为第一要务，宜羚羊角粉。

止血还有一个常规，即在下身者需用提升气药，因血以气行、气以帅血，一加升提，气也上升而血不下注。我科出血在头面，所以佐之下降药，使气降而血也下降，大大阻止了“上涌”。如苏子、盐水炒牛膝、磁石、代赭石之类。

化瘀：化瘀，是以活血为目的。活血，是用化瘀作手段。耳的鸣响失听，鼻的肥大性鼻炎，咽喉部如声带晦暗型充血、声带血性息肉、声带血管瘤、室带披裂的长期僵肿增生等都是由于血瘀所致。因五官位处头面，《医林改错》的通窍活血汤与会厌逐瘀汤最为合适。

破结：结，《淮南子・氾训》“凝滞而不化”，这是瘀滞达到了极点。一般活血化瘀的方药，对它已不起作用，所以不能不采用峻剂猛药来攻而破之。最典型的顽固瘀结，莫过于喉病中室带、披裂肌长期僵化顽肿，至今还没有很好的办法。干老受《伤寒论》抵当汤的启发，拟制了加减三甲散，有一定疗效。

补血：见下“补气血”。

总之，本节“治营理血”，横跨“攻（破结）”、“和（化瘀）”、“补（补气血）”、“抢（益气摄血的独参汤）”四法。为避免支离破碎、言不成章起见，不能不作如此安排。

【攻结散瘀】

人身气血运行，气为阳，是动力之源。血为阴，是物质基础。营血在经脉中之所以能周流不息的运行着，正是有赖气的鼓舞推动作用。所以气滞则血也滞，气行则血也行，这称“气为血帅”。但反过来说，气也要依附血的物质基础而才能存在和发挥其作用，这是“血为气母”。在正常的气血流通过程中，它是很有节奏的、协调的也非常安谧宁静。一旦失常，气即滞、血即瘀。此外诸般疾患的终产物，就是痰，痰一滞即潴积凝聚。这气滞、血瘀、痰凝三者长期损害，便成了内科所称“积聚”“癥瘕”之类，在我科还没有适当名称，在表现上是增生。如声带肥厚而晦暗型充血，室带、披裂肌长期僵肿难消等，就是这种疾病的典型表现，这一型顽症，一般方药，毫无办法，只有峻剂猛药，才可激起它的反应。干老的加减三甲散，正是为此而设。

【治本制痰】

痰证形成之后，就要治疗，是为消痰。防患于未然或预先抑制其生痰的方法，才称制痰。这种治法，大多在脾、肾两经，虽然可以属“和”，但也可以称“补”，但决非“攻”法。

醒脾制痰：脾湿由外因或不内外因所致的内湿（详下“醒脾燥湿”）而形成者，取醒脾法（详下“醒脾燥湿”），常用代表方为六君子汤之类。

健脾制痰：内湿之成，因于脾土失健所致者，则醒脾一法，已不能奏效，只能用健脾补土一法（详下“健脾制湿”），常用代表方为参苓白术散加二陈汤。

温肾制痰：肾阳无温，阴水泛滥成痰的脏损之痰，则当从温阳益肾，壮水制痰法。代表方为张路玉（1617—1698 年）的肾气丸除地黄、山萸，加菖蒲、沉香，十分理想。

【治脾制湿】

这里讨论的是脏损所致的内湿。有时也有先患外湿，久而湿困脾阳，脾阳困顿，由外湿而嬗变为内湿者，所以这型内湿，必需治理脾土，方是求本索源之策。其中又分醒脾燥湿与补脾制湿两法。打个比喻，一个穷朋友，穷得三餐不继，有人替他谋得工作，并替他安排怎样生活，

使他温饱，这是醒脾。同样一个穷朋友，但已丧失了劳动力，那么只能予以经济上的支援，这是健脾，也是补脾。

醒脾燥湿：《类证治裁》："湿证，内生者，水谷生冷，由脾阳之不运，经所谓诸湿肿满，皆属于脾也。"脾为土脏，生性恶湿，所以内则脾阳不振，外则生湿之源侵袭，一经湿困，脾阳倍受其侮，在习惯上称为内湿。较多见的慢性口腔粘膜病，大多为内湿所致。因之我们既要燥以去湿，同时更需振作脾阳，激发出它的制湿潜力。常用方有五苓散之类。其中桂枝能鼓舞脾阳，更是神来之笔。

健脾制湿：脾主运化水湿，脾一虚则运化功能衰退，即可引起水湿停滞。水湿的停滞，反过来加重损害脾的运化。出现于我科的，最多为口腔粘膜的慢性病，偶尔也有咽角化症与扁桃体角化症。治法首先健脾补土，只要脾土一健，坤德厚载，内湿自会消除，说得确切一些，内湿无法形成。常用方有异功散、六君子汤及参苓白术散之类。

【酸涩收敛】

脾不摄纳，则蔑衄不止；肺不摄纳，则清涕潮涌而狂嚏；肾不摄纳，则发音长期嘶哑。应付办法，只有酸涩收敛。一般常用方治脾有归脾丸（汤）；治肺用缩泉丸加诃子肉、酸枣仁；治肾用都气丸加诃子肉、石榴皮。

（以上为和法）

补　　法

《周礼·小行人》之"则令赙补之"的补，作帮助讲。《史记·六国表》的"补庞城籍姑"的补，作修补讲。《汉书·董仲书传》之"又将无补与"的补，作受益讲。我们医学上的补，正是通过外在的帮助（指药物），起到修补作用，终使肌体获益。我科的补法，本质上有以下几法：

【补血】

血虚证多见于慢性病或并发症，当然急性大出血也有血虚的。常用代表方为众所周知的四物汤。

【补气】

气虚证，也多在慢性病中出现，最多见的为耳鸣、耳聋、嘶哑、失音等。常用方当然首推四君子汤。但因耳鼻咽喉口腔高居头面，因之选用有升提作用的补中益气汤或益气聪明汤等，更为恰当有效。

【气血双补】

我科所有慢性病，不乏为气血双亏者，因之气血双补一法，也经常取用。常用方为八珍汤或十全大补汤。十全大补汤中有肉桂的鼓舞阳气，所以在某些病中，疗效高于八珍汤。

【补肺】

喉为肺系，鼻属肺窍，肺经笼葱穴在耳中，所以我科与肺也多有联系，肺虚病常见于此科。常用方有补肺阿胶汤之类。言药物，则有百合、阿胶、白木耳、燕窝等等。

养阴补肺：这是在补肺法中别具一格的治法。所谓肺阴，是濡养肺脏及其所开之窍的津液或称肺液。这种肺阴是水谷精微之气所化，与肺气（指肺的功能活动）相互为用，同样为肺经所不可缺少者，但很容易为高热所烁伤及久病所暗耗。针对肺阴受损的办法，就是养阴补肺。故而燥性的鼻病、咽喉病以及白喉后期恢复阶段等，为常用之法。代表方为养阴清肺汤及增液汤之类。其中急性多用增液汤，慢性多用养阴清肺汤。

肺肾双补：也称肺肾同治，是同时治疗肺阴虚、肾阴虚的手法，多用于鼻科、咽喉科长期

消耗性慢性病中，还有放疗后咽、口、鼻干燥者，常用代表方为百合固金汤之类。言药，则有西洋参、石斛之类。

【补肾】

有一句名言为“肝常有余，肾多不足”，信然。五脏之虚，以肾虚最为多见，尤其是男子，所以补肾一法，在补法中占有相当位置。补法中又有阴、阳之分。

补肾阴：在传统习惯上，凡是慢性咽炎、慢性喉炎、慢性齿病等，一律强调补肾，所以打开历代喉科文献，用补肾法来治疗以上三症，基本上已成定律。其实客观说来，是”用之太滥”，不客气地说，是盲目的。对这几个疾病，我们应该在明确排除了脾虚(包括脾阳与脾阴)或五志之火之后，才可考虑取用此法。常用代表方轻者有知柏八味丸(汤)，重者有大补阴丸之类。左归丸、左归饮，也较常用。

补肾阳：肾阳亏就是原阳不足，经常在久病难愈的慢性过敏性鼻炎、口腔粘膜病中遇到，当然不及肾阴亏的为多见。常用方剂有金匮肾气丸、右归丸、右归饮之类。

【滋阴潜阳】

肝为阳脏，喜动而容易拔扈，但幸有阴脏的肾，用它的至阴之水来控制着肝，所以可以相安无事，这是在正情况下。一旦肾的制肝能力差了，肝即不服管制而横逆起来，这就是肾衰肝亢，也称为阴虚阳亢。慢性耳病、继发性乳突炎、慢性咽喉病，很多为此证所导致。治疗方法，就是一方面滋补肾阴以增加其驭肝能力；一方面抑制肝阳。这一扶一抑的手法，就是补肾平肝，也称滋阴潜阳或育阴潜阳。常用方为高鼓峰(1623—1670 年)氏的滋肾生肝饮和滋水清肝饮，可以参考借鉴。

【益智补心】

舌为心苗，言为心声，心寄窍于耳，心主嗅，凡心气大虚大羸时，就可以考虑补心。心虚证虽然不多，但不能说没有。常用代表方有天王补心丹、柏子养心丸之类。

【心肾双补】

健康人在正常情况下，心居上焦，肾处下焦，但两者是相互协调、相互制约的，保持着动态的平衡。一旦肾阴不足或心火妄动，两者的协调就被破坏而引起失常致病，常见的心肾不交，就是指此而言。在我科疾病中除耳鸣之外很少见此证，但咽病、舌病有时也可出现。常用代表方以《罗氏会约医镜》心肾交补丸最理想。

【醒脾与补脾】

参阅上文“醒脾燥湿”、“健脾制湿”两节。

在传统喉科学中很少谈到醒脾或补脾的治法，这个领域差不多都被补益肺肾、滋阴养液学说所占领，甚至还有“二术不进喉门”之说。可是临床实际证明，需要从脾土入手的，远远多于肺肾，所以“唯补阴论”，通过临床实践而有所动摇。醒脾的常用方有五苓散、健脾丸之类。补脾的常用方有六君子汤、参苓白术散之类。

【培土生金】

培的是脾土，生的是肺金，而最终目的还是要丰添肾水。《医彻·消症》：“闻之一毫窍中，皆有生气。所云生气者，则津液也。”的确，皮毛得之以润，肌肉得之以温，关节得之以活动，五官得之以视听言嗅，尤其是鼻腔、口腔与咽喉，还要大量的津液来濡养，所以在喉科病中，最重要的一环，是保养津液。在排除了脾虚不化精微所导致的萎缩性鼻炎、慢性咽炎、慢性口干症、干燥综合征等，都极需养津。养津生液手法，有从脾、从肾、从肺三途。这里是从脾的。取用方药，就是上面的补脾法，但还要进一步深入，因为上法仅仅是补脾阳，在这里还需顾及脾

阴,应加入麦冬、生地、石斛、知母、玉竹、玄参等滋养脾阴药品。

【益肺生津】

肺为娇脏,容易起燥,燥证多见于鼻腔、咽喉的慢性病,尤其是伴有肺部结核者,常用方有百合固金汤之类。

【补肾生津】

肾为水脏,又为藏精之库。故补肾即生津生水。常用方有六味地黄丸(汤)、左归饮之类。

抢　　法

“走马看喉风”,言其急病必需急治,所以喉科医生,首先就是要掌握一套抢救危急重症的本领,以前仅是祛痰解窒。现在需要抢救的病种多了,仅是祛痰解窒已不够用了。

【祛痰解窒】

基本上以急性喉阻塞为主。在声门梗阻,呼吸困难,痰声如锯,三凹征出现,声音改变,缺氧之际,应急切取用。必用之方,为雄黄解毒丸。方内四药,半为剧毒药,尤其是巴豆。但也正因为有了它,才能起到斩关夺寨之功。如无现存的雄黄解毒丸,急迫之际用控涎丹代替,当然疗效是逊色得多。婴儿可用猴枣粉。必要时采取气管切开术。

【护心解毒】

凡耳源性颅内感染、鼻疖肿败血症、海绵窦血栓、扁桃体周围脓肿败血症、唇痈败血症等,中医都视为毒陷心胞。急救治法,是护心解毒。常用方为犀角地黄汤、羚羊角之类。很多外科书中,介绍用琥珀蜡矾丸,其实此丸,疗效很难掌握。

【平肝息风】

毒陷心包进一步发展,到了动风阶段,单用护心解毒,已经无济于事。因为此时已肝风心火,两者交争,应该进一步注意平肝息风。常用方有紫雪丹、安宫牛黄丸之类。

【回阳固脱】

凡严重的鼻出血,因出血过多而“气从血脱”者,或白喉的心肌炎衰竭之际,正气极度衰弱,即可出现大汗不止,四肢冰冷,气息微弱,神志迷糊,脉微欲绝的休克、虚脱等。急用回阳固脱来抢救,常用方有独参汤、参附汤或附子理中汤之类。

以上讨论的四种内治方法,在整个中医治疗方法中真是挂一漏万。但在我科病种范围内,只要深切领会、熟练掌握、细心运用,也可以应付自如了。

为了加强理解,突出治法与适应证的关系如下:

四法
- 攻法——有邪无虚
- 和法——无邪无虚或有邪有虚
- 补法——无邪有虚
- 抢法——有邪有虚

第三节　耳鼻咽喉口腔科专用药

【耳】

一般引经药:苦丁茶　夏枯草

耳中憋气:菖蒲　路路通　木通　马兜铃　柴胡

肝阳致痛:石决明　天麻　钩藤　白蒺藜　荷叶

神经性鸣或聋：磁石　五味子　黑芝麻　胡桃肉
肾阳虚鸣或聋：补骨脂　肉苁蓉　蛇床子　韭菜子
肾阴虚鸣或聋：墨旱莲　女贞子　桑椹子　龟板　鳖甲

【鼻】

一般引经药：辛夷　白芷
鼻塞（鼻甲收缩良好者）：升麻　葛根　石菖蒲　马兜铃　路路通
鼻塞（鼻甲收缩不良者）：红花　桃仁　三棱　莪术　乳香　没药　五灵脂
鼻塞（遇寒即作者）：桂枝　细辛　荜澄茄　荜拨
涕多如涌：鱼腥草　鹅不食草　鸭跖草　金荞麦
涕多黄浊：龙胆草　黄芩　山栀　辛夷　芦根　白芷　桑白皮
涕多清白：诃子肉　荜澄茄　细辛　鱼脑石
有臭气者：枸橘李

【咽喉】

一般引经药：桔梗（咽喉两用）　马勃（咽用）　射干（喉用）
风热致痛：薄荷　山豆根　前胡　牛蒡子
热毒致痛：金银花　金锁匙　金果榄　土牛膝根
阴虚致痛：黄精　玉竹　石斛　玄参　麦冬　阿胶　乌梅
扁桃体Ⅱ°以上者：挂金灯　毛慈姑　马鞭草
分泌物过多者：天竺黄　莱菔子　海蛤壳
实证作痒：茜草　紫草　荆芥炭
虚证作痒：川柏与知母同用
异物感：厚朴花　沉香　陈香橼　佛手
嘶哑（未作局检的急症）：蝉衣　射干　麻黄　菖蒲
嘶哑（未作局检的慢性者）：玉蝴蝶　血余炭　凤凰衣
嘶哑（未作局检的急、慢性通用）：莱菔子　胖大海　罗汉果

【口腔】

一般引经药：升麻
口臭：藿香　佩兰　白芷
口疮：生石膏　人中白　人中黄　蔷薇花根
实证齿痛：马齿苋
半虚半实齿痛：红皮甘蔗皮
虚证齿痛：补骨脂

【小结】

辨证论治在临床应用中是相当复杂而麻烦的，不过虽然千头万绪，它的核心是简单的，以下是干老多年来总结的辨证论治的核心与规律：耳：实泻肝胆虚补肾；鼻：实宣肺清热，虚益气升阳；咽喉：急症风热痰，慢病脾肾衰；口腔：舌治心，齿治肾，边治肝，唇嘴口腔脾经间。以上 49 字，基本上概括了本章节的精神。

第八章　论治——外治法

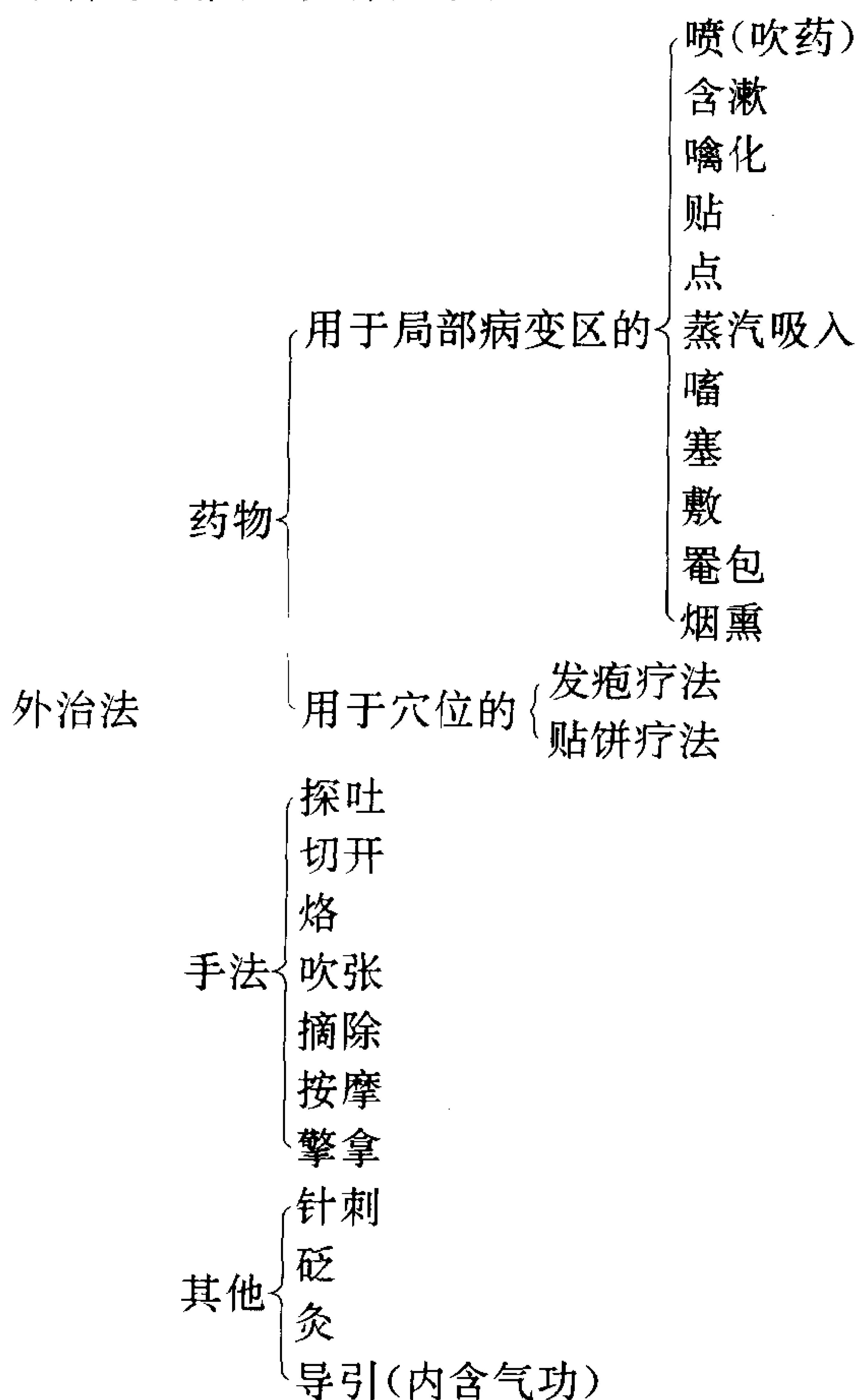
外治法，是指与内治法相对而言的治疗方法，也就是《素问・五常政大论》所谓："上病下取，内病外取，以求其过"的外取。它是利用手法或药物或配合一定的器械等施于患者体表某部或患病之处，以达到治疗目的的一种手段。

外治法的应用，肯定比内治法要早，至于早多少已无法考证。后随汤液药的发展，外治法才逐渐地退居次要地位。诚如《焦氏喉科枕秘》在序中所谓"自仲景著一百十三方（实112方），后贤缵而衍之，汤液之方，遂加于针石。迨子和、河间、东垣、丹溪辈，根据圣经，发挥心得，学者益泛滥沉酣，准方施治而针石之法乃日微"，的确如此。

外治法对"辨证论治"和"理法方药"的要求，虽然没有内服药的严格周密，可是也必须做到"病""治"对口、寒热条分、阴阳明辨，也如《理瀹骈文》略言所谓"外治必如内治，先求其本，……判上中下三焦、五脏、六腑、表里、寒热、虚实"。

耳鼻咽喉口腔病的外治，是十分丰富多彩的，除了方剂多、药品多之外，给药方式也很多。咽喉科的传统外用药（专用于口腔内的，因用喷粉器吹入，故俗称吹药），更有它的独到之处，有人说"名家喉科，都是吹出来的"，从某种角度说，的确如此。

本科的外治法，大体如下表：



第一节　药物治疗

这里主要介绍用于局部病变区的药物，大多是粉剂。

【喷药——吹药】

喷药，又称吹药，因用喷粉器送入于诸窍腔中，其形式就是“喷”和“吹”。一般常用于外耳道、咽喉、口腔。传统的喉科，基本上都是重视吹药而把内服药置于次要位置上。例如《重楼玉钥》、《喉科秘钥》、《焦氏喉科枕秘》等学派，都不厌其烦地谈论外用药，尤其是《尤氏喉科》、《咽喉经验秘传》、《咽喉脉证通论》、《囊秘喉书》等，就是以吹药为主要的治疗手段。

外用的吹药，都是极细的粉剂。使用时，用喷粉器送入咽部。如为口腔病，则吹于病变区，分布要均匀。

一般耳科或喉科的吹药，药品组成都不公开，但《尤氏喉科》的组方都是公开的，而且有的相当全面。现在全国喉科的秘方，都是从此书衍化出来的，但“万变不离其宗”，主药是无法更改的。因之尤氏之方，可说是现在所有喉科吹药的“鼻祖”。

【含漱】

含漱，顾名思义，是将药含在口中，经过一段时间，然后把药吐掉。临床上常用的含漱剂剂型，以液体为最多，丸剂及锭剂很少。

【噙化】

噙化，是把药含在口中，但不吐掉，利用唾液使药物溶解，化成液体或乳剂，慢慢吞咽下去。它可取得粘膜给药和消化道给药的双重作用。噙化与含漱之间有极大的区别，前者吞咽，后者吐掉。选用的依据，是药物不适合内服者，取含漱。药物能作内服药的取噙化。

【贴】

凡用药物粘附在机体皮肤或粘膜上者，称贴。鼻立特尔氏区糜烂引起的衄血，我们就用油纱布贴在病区。口腔溃疡，我们用生肌膜粘在溃疡面上。也有用膏药粘贴于颈部恶性肿瘤转移的淋巴肿块上，俗称贴膏药。不过这已不属我科而属于外科范畴了。

【点】

凡悬雍垂疾患，大多取用点法，就是用药物涂到这个病变区上。我们的体会是用极少量的药涂抹在受药区小如针头的范围内者，称点。例如用硝酸银在鼻中隔上涂擦以止衄，就是最典型的点。

【蒸汽吸入】

最典型的，当然是现代化的雾化吸入。但中医在过去就已有针对口腔病、咽喉病、鼻病，把药物加水煮沸，用蒸汽吸入的疗法。

【嗃】

以鼻吸物，称嗃。中医有名的嗃鼻散，就是把药用鼻子吸入来治疗鼻窦炎的。

【塞】

民间有用磁石塞在耳朵里治耳聋，把止血药塞在鼻腔以止血。

【敷】

敷是大面积涂药的“点”，点是小面积涂药的“敷”，所以外用药除了点之外，都是属于敷法。唯“点”大多用于粘膜，而“敷”则专用于皮肤。

【罨包】

用液体药物，浸透 3～4 层纱布，再包在受药之处，名罨包或湿罨包。我科因耳廓形状特异，所以常用此法来给药。凡耳丹毒、耳软骨膜炎、鼻丹毒等，多用此法。一待水分蒸发后，再加水，使其长期在潮湿状态中。

【烟熏】

《医事启源》："嗅炯，药气藉火气……，是熏烟之也。"自《千金要方·治痰熏法》以后，这个疗法就广泛采用于临床。喉科巴豆油捻子，是最有名的烟熏疗法。

【发疱疗法】

《石室秘录》："引治法，下引之也。……乃用外治之法，引之而愈。"这种将药物用于穴位，并使它在皮肤上产生水疱，再将水泡刺破，压出水液，加以干燥纱布保护的方法，就是发疱疗法。我科用巴豆朱砂膏来治疗白喉，是最典型的的发疱疗法。

【贴饼疗法】

用药物再加些赋形剂，制成饼状，贴于病变区或穴位上来治疗疾病者。如我科用吴茱萸饼贴涌泉穴以止鼻衄，用鸦胆子打烂搓成米粒大小贴在耳外道以腐蚀乳头状瘤等，都是典型的贴饼疗法。

第二节　手 法 与 其 他

【探吐】

"病在上者，吐之"，所以喉科急症，很多采用此法。当然，此法不能单凭手法，必须辅以药物。喉科传统的"桐油钱"最属典型。但此手法笨拙，用药不卫生，所以现在已少用甚至不用而用催吐剂来代替。

【切开】

此法最多用于扁桃体周围脓肿。但现在大多采取西医的办法，包括干老在内。为了了解一些中医传统的方法，干老在这里作一简单介绍，但并非鼓励我们一定要去效法或继承。

扁桃体周围脓肿的切开，有两种常用法：

其一，为笔刀。它是事前取用新毛笔数枝，每枝仅用一次，用后即丢弃。制法，先将毛笔笔锋在温水中软化，待半干之际，饱蘸用好墨磨成的浓墨汁，再阴干，之后此笔锋即硬如针锥，贮以待用。用时用笔尖对准切口处，用力刺入，穿破后脓泄即拔去。它的优点：一是病人没有恐惧心理。二是虽然笔锋尖锐不逊于刀刃，但毕竟不是金属，不会损伤周围健康组织，包括血管。因它没有刀刃口，仅仅是尖形的，血管遇到了它自会滑脱避开。三是只用一次，比较卫生，没有交叉感染。

其二，为喉枪。用铜皮或白银制成的空心管状物一根，长约 15～20 厘米，直径 0.6～0.8 厘米，两端贯通。一如现在吸冷饮的塑料管。在尾部(中 1/3 与后 1/3 交接处)开缝一条，长 3 厘米。另用钢制斜刃尖角小刀一柄，柄把长 14～19 厘米(比空心管短 1 厘米)，在刀把尾部(中 1/3 与后 1/3 交接处)上加焊一隆起物，情同步枪上的扳扣一样。将此刀纳入管中，刀刃在前，刀尾在后。隆起物的扳扣凸起恰巧嵌在管上所开的长缝中，由内凸出外面。使用之前将刀柄上的扳扣突起向后移动，使在管内的刀刃全部缩在管内。使用时，把喉枪前端放入病人口内，喉枪头部针对需要切开的位置上，轻轻抵住切口处，迅速地把刀柄上的扳扣突起向前用力一推，此时刀刃即脱颖而出，对准切口处刺入。当病人发觉疼痛时，早已脓泄术成。此

时再把扳扣突起向后推移，刀刃又缩回管内，乘势取出。《喉科指掌》对它有过一段介绍，谓："凡喉枪，不可用钢、阔头、长尖者。近来病人都畏用此法，况喉间(事实上是咽峡)地步窄侧(狭窄)，如动手之际，病者或摇头退缩，恐伤他处。必要或铜或全银，外打一小筒，中藏利刃，收放在手，捺出则锋露，收之则藏，不伤别处矣。"它的优点有二：一为减少或消除患者的恐惧与紧张，二为较安全。当然也有其缺点，难以消毒。

【烙】

烙，是烧灼法。我们常用于肉芽增生、乳头状瘤、腭扁桃体肿大等症。虽然鼻腔、外耳道都可取用，但不及口腔、咽喉病用得广泛。扁桃体肿大、慢性咽炎严重的淋巴滤泡增生，甚至癔性咽喉异感症等等都可采用，而且疗效也很理想。

它是民间疗法之一，除了少数专业喉科所乐用之外，使用者不多，建国前后已近乎失传。后来，由辽宁中医学院努力发扬，现在又盛行起来。

烙的用具比较简单，主要为金属烙铁。一般分大、中、小三种。烙的"头"，呈西瓜子样形态，所以习惯上称之为"瓜子烙"。用料最好以紫铜为上乘，次为银质。以前有些医生用赤金者，乃不过炫耀他的讲究而已，毫无实用意义。

大小号以头部的大小来作标准，但无一定规格。干老使用的标准如下：

型　号	面　积	厚　度
超大号	超过　0.6 厘米×1 厘米	1.0 厘米
大　号	0.6 厘米×1 厘米	1.0 厘米
中　号	0.5 厘米×0.8 厘米	1.2 厘米
小　号	0.3 厘米×0.5 厘米	1.5 厘米
超小号	小于 0.3 厘米×0.5 厘米	1.5 厘米
其他特殊型号		

小号比大号厚有利于保持有效温度的持久性。柄的长度不作规定，但有一点特别指出，就是取材要大块的整料，柄要在整料中剪出来，绝对不允许头与柄两者是焊接的。因为焊接的一经高温，势必熔化脱落，后果不堪设想。

操作步骤：先把烙铁头，在酒精灯上烧热。热的程度，以放在一叠报纸上即刻烧焦 4～6 层为度。然后立刻将烙铁头置于受烙之处，当时即发出"吱""吱"声及冒出青烟及焦味。一有青烟，马上撤去。撤去时注意不要向上提举，而是平行向前后左右移动，以免揭去大块粘膜。第一烙撤去后，急速将第二个加热的烙铁继续进行烙灼，方法同第一烙铁。所以同样的烙铁必须准备多只，以便轮流取用。每处可烙 3～5 烙。如需再次烙者，每次之间，需隔 1～2 天。

烙扁桃体法：初次施烙，选择扁桃体最突出的部分。受烙面积不宜过大，以后每次扩大，每次都以第一次施烙之处为中心，然后向四周扩展。必要时，烙前可喷一些麻醉剂溶液进行麻醉。每隔两天，施烙一次，必要时也可增加次数。治疗过程中，如局部出现炎症、出血等情况，可暂停。

烙后扁桃体的烧烙面，形成一片黑褐色的烙痂和焦化的坏死组织，从第二天起开始脱落，随后变为一片白色纤维渗出物。

辅助措施，烙前咽部须漱净。受烙区，薄薄涂一层黄连膏。不过油膏很难涂抹在润滑的

粘膜之上，所以可用麻油或菜籽油、花生油涂上。烙后，喷珠黄散。

【擎拿】

擎拿，是中医专门用于抢救急性喉阻塞、喉痉挛的唯一手段。有些文献上称其"治疗咽喉疾病"，这种说法是不妥当的。因为急性喉阻塞与喉痉挛仅仅是许多咽喉病之中的两个少见的疾病。本法是综合了擎举、拿穴、运气三者的一套独特的治病方法。

"擎"是举而持之之谓。有些书上作擒拿，是错的。擒拿者，是拳术家借用巧劲以制服敌人的拳法之一，虽然"擎""擒"一字之差，但区别很大。技击家武功之一的点穴法，内中包括点穴、打穴、拿穴等动作，但在习惯上都称点穴。其施法术者先运劲（行语为功）于指端（大多为食中两指），按照对象的人身经穴、子午流注、血行时辰、气行度数，用有功的指尖点着而不触及被点者的身上某一个穴位，当时在被点者身上即刻产生各种反应者，称点穴。用以上同样方法，施术的手指重重触到受点者的身上者，称打穴。如施术者的手指长时间按压不动，并固定而不移走者，即拿穴。擎举、拿穴两者之外，还有运气，三者合一，乃是擎拿法。

《续名医类案·咽喉》："金陵黄泥庵杨马军，治咽喉拏法，以中指蘸药少许，于喉中用力一捺肿处，出血并痰涎，随即能下汤水，绝妙。"这种方式，很接近擎拿。考擎拿术在正统中医治疗学中一向没有地位，直到清初开始在上海浦南一带逐渐于民间形成，而且在初期并非掌握在医家手中而是掌握在技击家或铃医手中。直到清代中期，喉科专业医生才大多掌握了它，甚至以掌握擎拿水平高低来权衡一个专业医生的技术，这种风气在建国前更为突出。其影响所及，由上海浦南而扩大到长江三角洲达钱塘江流域。当时喉科专业医生，为了生存，不能不以一套擎拿术来装点门面。可是这种擎拿，都是保密而不肯外传的，没有几人真正能学到，因之就出现了不少假动作。好在治疗这种病人时，还配合针刺、烟熏（即巴豆油焠子）等综合疗法。获得了效果，一概归功于擎拿。这样，就更抬高了擎拿的身价。

具有神秘色彩的擎拿，它的手法（即操作）有好几路（即套）不同的派别。各色各样的手法尽管不同，但其中"擎""拿"和"运气"三个关键动作是必不可少的。

建国后出版的许多文献，也都记载了喉科专用的擎拿。如 1960 年凌云鹏《中医外科概要》、1960 年第二版全国统一教材《中医喉科学讲义》、1971 年广州中医学院主编的《中医喉科学》、1973 年上海中医学院主编的《五官科学》、1975 年第三版全国统一教材《五官科学》、1978 年上海中医学院五官科教研组编《临床中医耳鼻喉科学讲义》（油印本）、1978 年上海辞书出版社《新辞海》、1979 年人民卫生出版社出版发行的《简明中医辞典》、1979 年《文汇报》6 月 2 日第二版《擒拿术治咽喉疾病有显著疗效》、1979 年广州中医学院编《中医耳鼻喉科学讲义》、1980 年第四版全国统一教材《中医耳鼻喉科学》、1982 年 3 月号《辽宁中医》干祖望《中医喉科治法之一——擎拿》、1985 年第五版全国统一教材《中医耳鼻喉科学》、1985 年上海科学技术出版社《中国医学百科全书·中医耳鼻咽喉口腔科学》、1989 年台湾知音出版社《中医耳鼻喉科学》、1992 年中国大百科全书出版社《中国大百科全书·中国传统医学》（注：此书不称擒拿而称为"宽喉法"等多种出版物，都谈到了它，但手法则殊不一致。

擎拿的路数（套数）很多，各有各的优点。兹将干老使用的一路（套），介绍于下：

1. 准备：

凳子一张，无靠背者。设置室内中央。

患者正坐。不能坐者，别人可予以搀扶一下。

患者两上肢下垂，两手掌心在下、掌背在上，置于自己的两膝盖上。注意要放松。

术者在患者背后，取立位。

2. 开始：

术者将一足(不拘左右)，踏在凳上。足趾恰塞在患者的尾骨凹陷处。

术者把自己的膝盖(髌骨)紧紧抵住患者脊柱上。假定术者与患者身长相仿的话，则膝盖适在患者肝俞、胆俞穴处。其用意是在于固定危坐的患者，使在手法进行中不摇晃。

3. 进行：

术者将两手置于患者的颈项部两侧。两拇指放于项后，相当于哑门穴的下方。食指、中指放在两侧的天窗、扶突、天鼎穴上。无名、小指，可环曲赋闲。

开始食、中两指固定按住不动，两大拇指由上而下的按摩七下。然后，项后的大拇指固定不动，两侧的食中指也由上而下的按摩七下。这样三指在两处交替按摩各七次。使项后、颈侧都接受按摩各 49 下。这个动作，认为是起到顺气、疏痰及开窍的作用。

4. 拿穴与擎举：

颈项部按摩毕。将两手移置于患者两肩，大拇指在患者肩后，其余四指在前。大拇指按压在患者肩后的肩胛骨下方，相当于秉风、曲垣、天宗三穴之间。四指放在患者锁骨下窝，除无名指小指闲置之外，食指压捺在气户穴上，中指压捺在云门穴上。

手指及膝盖位置安放好后，即可“运气”，把劲(即所谓发气或功夫)运到食指、中指及大拇指指端。使手指扣住患者的锁骨和肩胛骨而不致滑脱，然后即用力同时进行擎举(向上)、拉开(向外)、后攀(向后)三个动作。此刻患者因经不起术者的动作，身体向后倾斜，所以予置在患者背后的膝盖就起到了支撑和固定作用。

在擎举、拉开、后攀的过程中，捺压在气户、云门穴上的两个指头虽未加注意，但自然而然起到了拿穴作用。

这一段时间的长或短，不固定，全凭术者的运气功夫、体力、耐力强弱来决定。气力充沛的可以维持 1～3 分钟，气力差的在感到疲乏而无力坚持时即放手。当然时间愈长效果愈好。

5. 术后：

通过擎拿之后，病人或多或少立刻可以感到喉部的宽松舒服，所以《中国大百科全书·中国传统医学》称为“宽喉法”，倒也十分贴切。至于它的疗效大小，则完全依靠术者业务水平的高低、功夫的深浅、气力的强弱来决定。假定术者的水平高、功夫深、气力强，那么效果是使人惊服的。否则见效平平，但也决不至于一无所获。

6. 讨论：

擎拿术所以能产生“宽喉”的疗效，是与擎举、拿穴、运气三者密切相关的。首先通过按摩，使经络气血调和，再经过擎举、左右拉开及后攀，使喉部狭窄者可以宽松，当然有其一定的作用。

拿穴，食指取的气户穴，属足阳明胃经，主治哮喘、呃逆、胸痛。中指取的云门穴，属手太阴肺经，主治气喘、胸痛。大拇指取的虽然无明确穴位，但也不能否认它为一个阿是穴。以“肺主喉、胃主咽”的传统理论来说，取用的穴位，堪称是匠心独运了。

再谈谈运气功夫，对它进行研究探讨者很多，这里不作介绍，只谈怎样练擎拿功。最好术者在 16 岁左右开始，在每晨天方拂晓之际，当时不能进食及不大小便。站立在比较宽敞的院子里(阴雨在室内)，两手伸直横向平举，然后下垂，用两手拇指、食指、中指分别撮住事前放置于身边左右的两只绍兴酒瓮(小口大肚的坛子)口沿。三指头分布位置均匀。撮紧之后两臂撑开，渐渐把两只空瓮凌空提起，提到手、臂、肩呈“一”字形水平为度。1～2 分钟以后两手即缓缓放下，使瓮底着地后，再缓缓上提。如此者不计其数，直至乏力无法再提时为止。次晨，

同样再练，要求不能中断。练至提举轻松不觉费力时，在瓮中各加上一捧沙土，如法再练。以后逐渐增加沙土，加到瓮中沙土达到 60%而提举多次仍感轻松者，基本上算成功了，可是这要 3～5 年的时间才能练成。虽然训练成功，还是要经常锻炼，否则容易“散功”!

最后谈一下它的适应证。本法不是什么咽喉病都能治疗，它的治疗范围很有限，只能适用于中医病名的缠喉风、锁喉风、急喉风、肺绝喉风、走马喉风、喉闭等，相当于急性喉痉挛、喉水肿和喉部急性炎症引起的急性喉阻塞。用得成功，完全可以代替气管切开。对其他咽喉疾病，则没有作用。

由于擎拿法来之于民间，历史不长，而且不为中医本身所重视，所以还没有探索出一套完整的理论。而且现在的气管切开术完全可以代替它，疗效也更稳定和有把握。在这种形势下，它已进入被淘汰的行列，没有必要再去使用与研究了。

【针刺】

针刺一法，在我科中有两个大类：其一是与一般的针灸学一样，取全身穴位来针灸以除去疾病。其二是针刺于疾病所在处。

【砭】

砭，上古时代用石片、石针作针刺、割切之用，相当于现代的放血疗法。现改用三棱针。《新辞源》认为“砭法失传”，其实是砭法在进步。

用于我科的砭法有两种：一为病灶区泄血，一为经穴泄血。前者多用于咽或口腔的粘膜下出血，即刺破粘膜，排出瘀血。后者如急性咽炎、喉炎、扁桃体炎，在两手少商、商阳穴，用三棱针深刺出血。

【灸】

灸法，大多用于经络腧穴，不太用于局部。

【导引】

导引，又称道引，义取“道气令和，引体令柔”的意思。它是我国古代人民用以强身祛病、益寿延年的一种方法。它是一种形式多样的健身操和保健气功，通过运用全身性、节制性、柔软轻盈的俯仰、转动、屈伸手足、按摩拍打等运动，配合呼吸气息的自我调节(如深呼吸、浅呼吸、潜呼吸、内呼吸以及称为“不息”的暂时停止呼吸等)来使气血流畅，机体轻盈康健，对预防病患和治疗疾病有极大的作用。

耳鼻咽喉口腔科疾病，有其专用的各种方法，如耳科的“鸣天鼓”、鼻科的“灌溉中岳”、咽喉科的“钩攀保津”和口腔科的“叩齿捣龙”等，都是有名的导引术。为了避免重复，可详见各论。

第三节　外用药的秘制

在整个中医外用药中疗效最显著、灵验、稳定的，首推喉科的吹药。但可惜的是药方保密守秘，难以得到。即使本书上文中公开宣布“秘方尽在《尤氏喉科》一书中”，但你即使照方炮制，其疗效决不使你满意的。关键何在？因喉科外用药有他一套特殊的加工方法，历来中医传统习气是“传媳不传女”，不肯轻易外泄。所以很好的遗产，往往丢的丢、失的失，无法好好地继承下来，终有一天到广陵散绝的局面。为了真正弘扬中医，爱护遗产，应该把守秘的东西公开出来，中医恩泽，永垂人间。以下把 33 种常用药品，按“品质”“炮制”“贮藏”“要求”四要点介绍于下：

甘　　草

【品质】

要选择外皮细而紧，质结实，手感沉重，断面黄白色（淡黄色），有细密的小孔，粉性大，无臭，味甜，嚼之纤维很少者。

【炮制】

（1）刮去粗皮。

（2）切成薄片，1～2 毫米厚。

（3）烘干，用烘箱最好。

（4）碾成细粉。

【贮藏】

干燥密封。

【要求】

细腻而轻。稍有潮意即无用。

薄　　荷

【品质】

强调取用二刀薄荷（每年收割两次，第一次称为头刀，在小暑至大暑之间。第二次称二刀，在寒露与霜降之间）。以江苏省太仓所产为最佳，苏州也不错。选择梗细叶小，有浓郁的辛凉气者。若梗粗叶大者及无味而气薄者，不用。药用取叶。

【炮制】

（1）摘下鲜叶，阴干。

（2）燥后抽去叶子的筋。

（3）研细。研细、筛粉的时间，愈短愈好，以免香气走泄。

【贮藏】

密封，干燥处贮藏。

【要求】

香气浓郁。如香气淡薄或贮藏过一年，即弃之不用。

蒲　　黄

【品质】

要轻如粉尘，一抖即飞扬飘浮。入水不沉。手捻之，有光滑感，并稍粘手。

【炮制】

（1）夏季花将开放时采收蒲棒上部的黄色雄性花穗。

（2）晒干后碾压成粉。

（3）筛取细粉。

【贮藏】

保持干燥。潮即不用。

【要求】

鲜黄色，纯净无杂质者为好。

元丹(即灯心草灰)

【品质】

原料灯心草,色白净,微有淡黄者也可。质韧、肥嫩而柔软,捏扁之后很快恢复原状。

【炮制】

(1)均匀平摊在玻璃板上,约1厘米厚薄。

(2)用喷雾器喷清水,要均匀洒潮,不能太湿。

(3)取青鲜竹一节,一端留节,一端无节。把潮润的灯心草塞入竹节中,紧紧塞满,用力捺实。必要时木榧轻轻捶实。如有水分,挤出倒掉。

(4)将没有竹节的一端,用净泥团密封。

(5)放炭火上烧煅。火力用中火。

(6)煅至冒出青烟,待烟出尽之后,离火,待冷。

(7)剥去竹管的灰,内有黑色松脆管型焦炭物,即元丹。

注意:烧煅不能不透,防其难以成炭,但也不能过透,过则成为白色,不能用。更要注意防止在烧煅中爆炸,可在竹管外端围绕以铁丝。

【贮藏】

密封,防潮。无失效期,可以久贮。但最忌潮,稍潮即不能用。

【要求】

纯黑色。灰色或不纯黑者,不用。

荠　粉

【品质】

老荸荠。又名马蹄、地栗。

【炮制】

(1)去皮。

(2)打汁。也可加入少量的冷开水。

(3)打烂后,用纱布包好绞汁。

(4)静置,待白色沉淀物与上面的清水分清之后,去水。

(5)将白色沉淀物阴干,即成。

【贮藏】

干燥收藏。

【要求】

色白而净。手捻之有滑感及握雪感。

肉　桂

【品质】

宜厚不宜薄,厚3～4毫米以上者方可取用。表皮细致,断面呈紫红色,含油多,香气浓厚。味甜稍辣,嚼之无渣者。

【炮制】

(1)拣净杂质,刮去粗皮。

(2)用温开水浸润片刻，切片，晾干。
(3)如用肉桂粉，可将肉桂研粉。
(4)研粉的时间愈短愈好，以防香气走失。

【贮藏】

(1)先将肉桂皮内侧面，薄薄擦以植物油或蜂蜜。
(2)贮置于竹筒(也可用铅皮之类的筒样物)内，两头密封。
(3)需用时取出，用后依然密封收藏。

【要求】

如用肉桂粉要随用随磨、随研。

黄　柏

【品质】

愈厚愈佳。厚薄在2厘米以下者，不用。

【炮制】

(1)刮去表面粗皮(仅指外侧)。
(2)取荆芥、甘草等分煎液(浓煎)。将黄柏泡浸其中。泡时药液必须要冷却，忌热时即泡浸。
(3)浸24小时后，取出，晒半干。
(4)在半干半潮柔软之际，置新瓦上焙燥。火力宜缓，不宜大。
(5)焙至呈金黄色为度，即撤火。
(6)乘才撤火之际，急急洒上预置的蜂蜜溶液，最好用喷雾器，要求均匀，当时即有蒸汽上腾。蒸汽将行收敛之际，即停止。否则太潮，无法使其干燥。
(7)如果尚嫌其不燥，可以再度焙燥一下。
(8)燥后，即刻磨粉、研细。要求细如粉尘。如有灼焦者，取出不用。

【贮藏】

密封，忌潮。无失效期，但稍潮即不用。

【要求】

色黄，细如尘。

皂　角

【品质】

干燥，个儿小，饱满，无蛀无霉。色泽要紫红中有光泽，无果柄，断面呈淡绿色。

【炮制】

(1)去两头。
(2)置新瓦片上，文火焙炙，至松脆为度。
(3)冷却，乘燥脆时即研，研至极细粉。

【贮藏】

密封，忌潮，不能泄气。

【要求】

手捻如尘，鼻闻有药气味。

白　芷

【品质】

干燥,白净,有香气。要丰腴(《尤氏喉科》谓"要细小",实误)结实,粉性足者。

【炮制】

用低温干燥,然后研细。

【贮藏】

密封,忌潮。

【要求】

粉色净白,手感滑而细,香气浓郁。

冰　片

现在冰片,有三种:一为真冰片,系龙脑树树脂,又称龙脑、状元冰片、梅花冰片。二为机制冰片,上海、广州、天津等地出产。三为艾片,以艾纳香的叶子蒸馏而成。考艾纳香产于我国广东、广西、云南、贵州、台湾等地,其叶四季可采,所以来源比较丰富,因之在市场上存货较充裕。我们所用力求真冰片。

【品质】

(1) 这里要求是真冰片。其色一如腊梅花花瓣那样透有轻清的鹅黄色(艾片为白色),为半透明的结晶品。

(2) 佳品用舌尖舐上,可以凉及风府穴。燃烧时有黑烟,烧尽无残渣(越差的残渣越多)。香气浓郁刺鼻。

【炮制】

可随用随研。冰片有一个特点,研时在研钵、研杵上产生膏样物如锅巴一样的粘附在研钵、研杵上,有时甚至胶粘而无法研制,所以在研时频频要铲刮。

【贮藏】

十分讲究,严格忌光、忌潮、忌泄气。即使贮藏得很好,时间一长,浅淡的鹅黄色也势必成惨白色。挽救办法,是在 30 克冰片中掺入相思子(俗称红豆)10 粒同时收藏,则它的色泽可以保持较长久。贮藏器具,最好为瓷质瓶罐,严格密封。

儿　茶

【品质】

我们要用产于云南一带的"孩儿茶",产于印度尼西亚一带的称"方儿茶",质劣不能用。本药以黑中略带红色,不糊不散,无臭气者为佳。味先苦后甜者佳。

【炮制】

除细研之外,无特殊的加工。唯本药为树脂,十分难研。

【贮藏】

置于一般器皿中,不怕泄气,只求干燥一些,忌阳光。

青　黛

它是大青叶的茎叶,加工制作染色用靛青时的副产品。

【品质】

分量越轻越好。需轻轻一抖，即粉末飞扬（劣者重而不飞扬），入水飘浮不沉（劣者入水即沉）色呈深蓝而纯洁，有特殊草腥气味，且带有微酸（劣者无气味）者。放过青黛的纸张上，必然留有它污染的痕迹（劣者没有）。置火上燃烧，出现紫红色火焰（劣者烧不起来）。若置于薄铅皮上面，下用火焚烧，则上面青黛可挥发殆尽而无残渣，即使有些也很少（劣者不能燃烧），而且在燃烧过程中草腥味更明显。

【炮制】

不需加工，仅需研细。

【贮藏】

纸包、盒装都可以，避免阳光照射，置干燥通风处。

血　竭

系麒麟血树树脂，故又称麒麟竭。

【品质】

外表色黑如铁，断面艳红如血。置铁片上，下面点火燃烧，能熔化为透明红色液体，可以全部挥发而无残渣，并可发出刺鼻的刺激性怪味。舌舐有似甘似咸的怪味。

【炮制】

(1)整块击碎研成粉。

(2)加水在粉中，再研磨，名为水飞。使其不至粉末飞扬。

(3)阴干。

(4)再研散。

【贮藏】

避光、避潮，密封置阴凉处。

【要求】

手感细腻。

珠　粉

【品质】

新珠、饰珠不能用。大小不论，圆正与否也不论。但求表面呈糙米色而有光泽，无黑点黑斑，质松脆易碎者。

【炮制】

(1)打碎。

(2)加水，水飞。

【贮藏】

无特殊要求。

犀　黄

犀黄又称犀牛黄、牛黄、西黄、丑宝，为犀牛胆囊中的结石。

【品质】

呈椭圆形、圆形或三角棱形的块状物。表面黄色或棕黄色，深浅不一。细腻光滑而稍有

光泽感。如外表有一层黑色光亮的薄膜，称乌金黄，更是上品。质要轻而松脆，用力一捻即碎者为佳。断面有环形排列整齐的回纹。气清，味微苦而甜，入口有明显的芳香清凉感。咀嚼不粘牙齿，可慢慢地溶化。将溶化之后的黄色液体物涂指甲上后，黄色经久难脱，故又称“透甲黄”。

【炮制】

研极细粉末。

【贮藏】

密封，置干燥、阴凉处。

鹿　　角

【品质】

花鹿角，要质地坚硬结实，全身有骨钉，光泽，无气味。马鹿角，要粗壮结实，表面光滑，无臭气。

【炮制】

在鲨鱼皮上磨锉。

【贮藏】

应随用随锉。

僵　　蚕

【品质】

要用蚕身细、直而腹小(雄性)者。粗而腹大者(雌性)不用。质地要结实坚硬，笔直不弯曲，体上附有白色物(注意，劣者往往涂以滑石粉)，断面明亮，无气味者佳。

【炮制】

(1)牙刷蘸水，刷去白色。

(2)去头去尾。

(3)置新瓦片上，用文火炙烤。

(4)炙至酱色，折之无丝而脆者。取出。

(5)待冷后，即研。

【贮藏】

低温，干燥，密封。

【要求】

久贮两年者，不用。

人　指　甲

人指甲为锡类散等的主要药物。

【品质】

要健康成人剪下的指甲，老人、病人及灰甲病者不用。

【炮制】

(1)漂洗干净。

(2)干燥后，将指甲放在铁锅内，加4～5倍于指甲的细沙(用淡水沙，不用咸水沙)。用文

火炒，并要不断翻炒细沙。

(3)炒至指甲呈老黄色而脆后，停火。

(4)筛出细沙，冷却。

(5)研细。

【贮藏】

干燥，低温，密封。

【要求】

干燥，手感细腻。色呈紫酱而不黑。

铜　　绿

【品质】

要翠绿色，质松脆，无臭味者。铜绿味微涩，燃烧时有绿色火焰。

【炮制】

研为细末。

【贮藏】

干燥，密封。

【要求】

手感细腻。

硼　　砂

硼砂又称月石。

【品质】

要色白而纯，半透明，能溶于水，质脆，无臭，味咸者。研细后色更白，带粉性，捻之有滑感。火上加热后呈海绵状体，继续加热，可熔化成透明玻璃状。

【炮制】

研为细末。

【贮藏】

无过高要求。

朱　　砂

朱砂又称辰砂。

【品质】

以色艳红新鲜，有光泽，呈半透明感，无杂质，不染手者为佳品。

【炮制】

研细。最好为水飞。

【贮藏】

无特殊要求。

雄　　黄

雄黄为含砷的矿石，其中以雄精质量最好。

【品质】

生药为结晶体，大小不等。研细后呈鲜红色，光亮透彻如琥珀，质松而脆。古人作为装饰品，佩之于腰带上，故又称腰黄。闻之有特殊的火药味。

【炮制】

研为细末。

【贮藏】

除避光之外，无特殊要求。

龙　骨

【品质】

一般龙骨，以质坚体重而脆，灰白色，吸附力强者为佳。五花龙骨，以质硬而脆，分层如大理石花纹，吸附力强者为上品。以上不论哪一种，用舌尖去舐它，其粘附力愈牢者愈佳。

【炮制】

研为细末。

【贮藏】

防潮，避光，密封。

【要求】

未研粉前，舌尖舐之无粘附力者不用。研粉后要求手感细腻而爽滑。

玄　明　粉

玄明粉是经过精制加工的芒硝，在空气中失去水分而成的粉末，故又称风化硝。又名水硝。因其有别于火硝之故。

【品质】

洁白色，霜样物。放大镜下视之如雪花，但非六角形。以手捻之有微涩感，味咸微苦，易溶于水。将粉末置火焰中，出现黄色。

【炮制】

(1)取芒硝，加入等分的白萝卜。同捣烂，加水适量，置锅内。

(2)加火烧煮。两小时后，使水、萝卜与芒硝全部溶成一体。

(3)用棉布将其包起来，放于大盆内，置露天。有枪状结晶析出后，轻轻掸下。

(4)掸下的枪状结晶，其总量为原有芒硝重量的60%时，即停止取掸。如其未满60%，则取出，加水，再煮，再如法炮制。

【贮藏】

干燥，收藏。忌潮湿。

【要求】

手捻之细腻，微有涩感。

西　瓜　霜

【品质】

乌皮西瓜(厚皮者好)，最好为近瓜藤根处者。圆正无黄斑，成熟而不能过透，最好是采摘于霜降前后者。

【炮制】

(1)将西瓜顶上开一大孔,挖去2/3的瓜瓤。

(2)将芒硝填入西瓜空腔内,不计多少,填满为度。上面开口处,仍以切下的瓜皮补好,用竹针固定。

(3)用一黄沙缸(即不上釉的泥缸),将西瓜置于缸中。缸不宜大而宜小,使西瓜能接近缸内壁越近越好。将缸置于白天不见太阳,夜间能得露水之处。

(4)之后,即有白色霜样物出现在瓜皮上。轻轻掸下,即是西瓜霜,贮藏待用。

【贮藏】

阴凉,干燥,密封。无失效期。

【要求】

手感细腻,干燥。

火　　硝

火硝,又名枪硝、牙硝,主要成分即硝酸钾。

【品质】

无色或白色小结晶物,味苦,易溶于水。燃烧时为紫色火焰,具有玻璃样光泽。

【炮制】

(1)将火硝溶解于冷开水中。

(2)过滤。沉淀。

(3)去水,把沉淀物放在烘箱中烘干。晒干或阴干亦可。

【贮藏】

可用纸包,置阴凉、干燥处。注意本品易燃,不能与其他易燃品同放。

【要求】

手感细腻,干燥。

胆　　矾

【品质】为含水硫酸铜,色绿故又称绿矾。以块大,深蓝色,透明,质脆,无杂质者为上品。用火燃烧后成白色,遇水即又恢复为本色。

【炮制】

(1)研细。愈细愈好。

(2)取青鱼胆汁,与其和均,捏成块状,阴干。

(3)阴干后,呈砖状物。用刀刮下。

(4)刮下的粗末,加工再研细如粉尘。

【贮藏】

干燥,阴凉,纸包亦可,不怕泄气。

【要求】

手感细腻。

枯　　矾

枯矾又名雪霜、玉丹。

【品质】

原料明矾以块大，无色透明，无杂质的为上品。味涩。

【炮制】

第 一 法

(1)把明矾打成小块。

(2)用盛器(以铜质最佳)一个，置小块明矾于内。

(3)下面加火，燃烧。片刻即化为液体。

(4)此时(不能先，也不能后)，将预先准备的犀黄溶液滴入。只能滴不能倾入，大量倾入必爆炸。

(5)用文火烤，烤到液体又成为固体，最终成为十分松脆的色白如霜的枯矾块。

(6)临用时将松脆的块状物，一压即成细粉。

第 二 法

(1)(2)(3)同以上第一法。

(4)此时即将巴豆投入。比例为明矾 30 克，巴豆 1 粒。加火再烧。

(5)烧至由液体再成固体后，去火，阴凉。

(6)冷却后，打碎块状物，取尽巴豆。

(7)贮藏待用。

【贮藏】

密封，阴冷处贮藏。三个月不用，作废，另制新的。

【要求】

净白中映有淡黄色。质要轻。

梅 矾

梅矾，又称酸玉。

【品质】

明矾以大块无色、无杂质而透明者为佳。大青梅，应用新鲜摘下的。

【炮制】

(1)先将青梅剖开，去核。

(2)把明矾纳入青梅内，合上，外用细铅丝缠紧。

(3)放置 24 小时。

(4)直接置炭火上煨烤。

(5)至青烟出尽之后，取出。

(6)冷却，去梅子灰，取出成块的枯矾。

(7)研细，即成。

【贮藏】

密封不泄气收藏。放置三个月不用，作废。

【要求】

手感细腻。

胆制矾

【品质】

大块好明矾。新宰的猪胆汁。

【炮制】

(1)将明矾打成粗粉。

(2)与猪胆汁和均。

(3)阴干。

(4)第二次拌和胆汁。阴干，再拌。如此者不少于三次。

(5)阴干至燥后，选择冬至后小腊前的一段时间里，在干燥较高而露天的空地上，掘一深坑，深80厘米、直经30厘米。

(6)在上面横搁一根鲜竹竿或铁条。

(7)把胆汁与矾，用厚纸包扎，用线悬挂在竹竿或铁条上。悬挂之线，长15～20厘米。

(8)上盖木板，板上铺以泥土，旁有草皮者，上再盖草皮。

(9)至翌年立春后，取出。

(10)去外面纸包，烘箱烘干烘燥。

(11)研细。

【贮藏】

忌光、忌热、忌潮湿，密封收藏。

【要求】

越陈越好。

百草霜

【品质】

严格说来，是专烧杂柴杂草的锅底煤。

【炮制】

(1)去掉锅口锅脐之处的煤，专取中间地带的煤。

(2)再轻轻拂去浮在上面的煤。

(3)然后刮取煤层，即是。

【贮藏】

厚纸包，置绝对干燥处。

【要求】

乌黑，体轻，质纯者。

人中白

【品质】

健康者的多年小便壶(但须瓷或瓦的)中的尿垢。

【炮制】

第一法

(1)将溺器灌满清水。

(2)置煤炉上煮，水开，倒去。再灌、再煮，如此反复多次，直到气味消失时为止。

(3)敲破溺器，搜集溺垢。

(4)将溺垢漂浸一天，换水再漂浸。如此 10 天左右。

(5)浸到毫无气味之后，阴干。

(6)将溺垢包在纸内，外用烂泥再封。这种烂泥必须用盐水调制，否则容易开裂。

(7)再阴干后，置旺炭火上煅。煅到泥团通红之后，撤火。

(8)冷却，剥去泥团，得人中白。

(9)接下去用第三法来完成。

第　二　法

(1)打破溺器，取下溺垢。

(2)放在漏水的瓷盆内(最好为底部有细漏洞的搪瓷面盆)。置屋顶上，任它雨淋日晒霜打。需 2～3 年。

(3)将溺垢洗净，平摊新瓦片上，下用旺火烧烤。

(4)至青烟出尽之后，撤火。

(5)冷却，即成。

(6)接下去用第三法来完成。

第　三　法

事实上，是以上第一、第二两法的继续。

(1)先将黄连、黄芩、黄柏、大黄等分煎浓液，备用。

(2)将制成的人中白，放在新瓦片上，下用旺炭火烧烤。

(3)人中白烧红后，即淬在四黄汤中。

(4)如此烧红──→淬在四黄汤中──→阴干──→烧红──→再淬──→再阴干，三次。

(5)阴干，研细。

【贮藏】

干燥，密封收藏。

【要求】

灰色纯洁，无气味，手感光滑细腻。

钞　灰

在历代传统喉科专业书中，很多外用药处方中用钞灰。钞灰是何物？现代人对此不太了解。考《金史・食货志》："贞元间(1153—1155 年)，即行钞引法，遂设印造钞引库及交钞库……"可知"钞引"为古代的纸币，是钞票的前身。所以钞灰也者，就是钞引烧成的灰。事实上取用的是纸灰，因为钞引流通很广，可经过成千上万的人手拿过，可能就是利用这一点而不用白纸只取用钞引。

现在如需用钞引，当然不可能去烧钞票而取得，应用土纸(土产的各类纸张)亦可。

【品质】

土产纸。

【炮制】

(1)每 100 张纸，用 10 张，置水中浸湿(十张中只浸一张，不能多张共浸)。

(2)每九张纸中，夹入湿纸一张。

(3)约逾半小时，将此一叠纸张，置入小铁锅内，上面覆盖同样大小的小铁锅。
(3)下用旺火燃烧，使铁锅发红。再烧一个适当时间。
(4)然后撤火，冷却。
(5)揭开上面铁锅，即可得黑色的纸灰。上面无盖，即成白色，不能用。
(6)不必研磨，在取用时直接用它。
(备注：也可取用元丹的制法)

【贮藏】

不忌光，不忌泄气，最怕走潮，故宜放于干燥处。

【要求】

色黑者佳，深灰者可用，白色不用。

历来喉科专业医生的守秘是有名的，世代相承，传嫡不传庶，传媳不传女，不肯透泄一点秘诀于外界，于是就蒙上了一层神秘的色彩。

内科中医是从来不守秘密的，因为公开的处方无法守秘，但也不必守秘。因为你要成为一个名医，非用上十年二十年甚至更多的时间来勤读钻研不可。而名喉科医生则不然，几首秘方，谁今天得到，谁明天就成为名医。名医的秘方一公开，明天就无谋生之道。当然，除了秘方外用药之外，更有扎实的中医基本功，精于辨证论治者，不在此例。

要炮制好得心应手的外用方药，有四个关键，即：①方剂；②考究而特殊的炮制；③配合时，掌握先后下药的顺序；④"炙存性"的掌握。"方剂"可在秘方之祖《尤氏喉科》中抄得。考究而特殊的炮制见上述。

这里谈一下掌握先后下药顺序的问题。专业喉科医生的外用药，很少是事前预制的，都是各式各样的药，分装贮藏。临床取用之际，便临时配合，再加以研磨一番求其均匀。因为熟能生巧，在配合时，不必认真注意分量，这个瓶中取一点，那个瓶中取一点，放在一起，一研即得。在这个十分寻常的过程中却有两个关键问题，往往是旁观者所无法注意的。其一，他的取药也是根据病情来支配，也是"辨证论治"，即使做不到这一点，最起码的"见症发药"也是决不可少的。例如风热充血的用薄荷，浮腐(即义膜的轻者)用硼砂，顽腐(即义膜的重者)用枯矾，溃疡难以愈合者用龙骨等等。其二，是下药的先后顺序。某一药第一个放进研钵中，研一下再放另一药，再研一下又下另一药，某一药最后下。真正的最后一药，是冰片。他用上十次百次甚至千次，其顺序如出一辙，从不颠倒。这也是秘诀，当然不肯轻易外泄，除非是他的继承者。其实这个先后下药的次序，自有其规律的，毫不神秘。是这样的：

(以先后顺序为次)贝类药──→矿物药──→制过的植物药──→制过的动物药──→未制过的植物药──→未制过的动物药──→树脂类药──→冰片。

如人中白属制过的矿物药，百草霜属制过的植物药，其余类推。

炮制学中的"炙存性"，最难掌握，所以过去都要从师实习，观察一久，才能心领神会。所谓"只能亲身体会而无法口授"，其实也很容易。且看任何一种吸水的东西，从潮湿到干燥，甚至烧焦它，自有其一定的进程。它是：

水淋淋──→水汪汪──→湿──→潮──→润──→干──→燥──→枯──→焦──→炭──→灰──→烬。

所谓"炙存性"的程度，当在"枯"与"焦"之间的一个档次。我们只要把守好这个档次，掌握"炙存性"并不困难。

第九章 护　　理

早在春秋战国(前 770—前 221 年)《周礼·天官》就有:“凡疗病以五气养之,五味节之。”养之、节之,就是最早见之于文字的护理,不过仅仅在饮食方面的一个部分。

《史记·袁盎鼂错别传》:“太后尝病三年,陛下不交睫,不解衣,汤药非陛下口所尝,弗进。”及《五宗世家》:“宪王病甚,诸幸姬,常侍病。”这是护理的具体描写,距今已有两千多年。

《晋书·庾传》:“咸宁中(275—289 年)大疫,(晁)二兄俱亡,毗复殆,厉气方炽。父母诸弟皆出次于外,衮独留不去,亲自扶持,昼夜不眠。”由此可知护理对所有疾病趋向康复是一个极其重要的工作。

陈自明(1190—1270 年)在《外科精要》中提出:“饮食居处戒忌”、“体察爱护”等几个护理总纲,并指出“起居七情,尤当深戒”。

危亦林(1277—1347 年)在《世医得效方》的“济阴论”篇中,强调护理的重要性“十倍调治”。齐德之《外科精义》的“论将护忌慎法”篇中提出了几点都是中肯之言,如:

(1)对护理人员的要求,是“须寿近中年,情性沉厚,勤谨耐烦,仁慈智慧”,才能做到“调以粥药,无失时节”。

(2)环境恬静,寒煊适中。

(3)饮食的宜忌禁者,悉心掌握。

(4)及时服药或更换外用药。

(5)过多的亲友探望,希予辞谢。

从此,中医的护理,便奠定了基础。明代(1368—1644 年)是继唐代、宋代之后又一个鼎盛时代,正以各科医学的发展,护理也随之进步。这时医学著作特别多,当然护理学的记述也多于过去。清代(1644—1911 年),几度白喉、猩红热的大流行,更促进了传染病护理水平的提高。

第一节　古今护理名称的演变

(时代)	(名称)	(最早记载的文献)
春秋战国	将养	《墨子》
	将息	《楚辞》
汉(内含前后汉)	侍病	《史记》
	将护	《后汉书》
三国	将爱	《三国志》
晋	执药	《晋书》
隋	补养	《诸病源候论》
唐	将节	《千金要方》
元	调	《世医得效方》
明	调摄	《疡科选粹》

(时代)	(名称)	(最早记载的文献)
清	调理	《外科大成》
	侍病者	《喉痧证治汇言》
建国前	护病	《实用护病学》
	看护	《看护学》
现在	护理	《中医护理学概要》

第二节　精神护理

人是有情感的血肉之体。有病之躯，情绪更容易波动，所以护理时要注意尽量避免或减少种种对患者全身的、局部的、精神的、机体的劣性刺激，增加良性刺激以促使患者恢复健康。

所谓劣性刺激，是指使患者在精神上产生不愉快、讨厌、烦恼、恐惧、悲伤、愤怒、失望的言语或事情；在机体上造成或增加不舒服、疼痛等痛苦。所谓良性刺激，是使患者精神上、机体上都产生愉快的、舒服的感受。前者可以促使病情发展、趋向恶化，后者可使病情减轻而早日康复。600多年前的齐氏护理学——将护法(元·《外科精义》作者齐德之)，就是完全建立在这个基础上。所以齐氏对护理人员的要求是："宜须寿近中年，情性沉厚，勤谨耐烦，仁慈智慧。"

精神护理的内涵：一是热情诚恳；二是言语亲切；三是处处关心；四是嘱咐详细。

第三节　起　　居

【光线】

强烈的光线，对患者尤其是猩红热、梅尼埃病患者，相当不利，但过于昏暗，也非所宜。因之需要做到明暗适度。《寿世保元》指出："太明即下帘以和其内映，过暗则卷帘以通其光辉。内以安心，外以安目，则身心安矣。"

【颜色】

《冯氏锦囊秘录》："青禾绿色，可以养目"，病房墙壁应采用青色或绿色为宜。

【声音】

不同的音响，可以使人产生不同的感受。祖逖(266—321年)闻鸡鸣而晨兴起舞，使人意志奋发。欧阳修(1007—1072年)闻秋声而勾起"噫嘻悲哉"的伤神，使人悒郁。同样是声音，一则使人奋发，一则使人悒郁。所以应注意在休养环境里尽量减少或消除一切恶性刺激的声音而增加怡心悦耳的音响。

【温度】

患者都是有病之躯，所以对冷热寒暖更加敏感。在夏天注意通风散温；冬天注意祛寒保暖。故《外科正宗》强调："冬必温帏，夏宜凉帐。"不过过低的温度也属不宜，因为寒冷属阴气，盛暑属阳气，在阳气的环境里，接受至阴的阴寒，也有悖于养生。

【湿度】

湿度对本科疾病的影响，较为密切。例如干燥性鼻炎、萎缩性鼻炎、干燥性咽炎等，都需要比较湿润一些的环境。诚如《古今医统大全》所谓"火行物燥，甚则木叶萎落"(见"诸燥门")。

【空气】

洁净的空气是任何人都需要的。在一个空气恶浊的环境里长期居住，可使人身心蒙害。新鲜空气对于患者尤其是患慢性鼻咽喉病者，更加重要。

保持空气新鲜的重要性，李中梓（1588—1655 年）作过这样的评价，在《寿世青编》中谓："人卧室宇，当令洁净，净则受灵气。不净则受故气，故气杀人。"李氏之所谓灵气，是新鲜的空气；故气是恶浊的空气。

【宁静】

静能生水，动可致火，这是中医传统理论。《易·坤》也谓："坤至柔而动也刚，至静而德方。"《医道还元·天地心总论》："动静统归于龠。"《医道还元·性命同源总论》："动静司化行之柄。"这都说明动与静对人的影响很大。

第四节 饮　　食

《素问·上古天真论》："饮食有节，起居有常，……百岁乃去。……以酒为浆，以妄为常，……故半百衰也。"但对有病的人来说，更有深远意义。

《千金要方》也引扁鹊之言谓："为医者，当洞察病源，知其所犯，以食治之。食疗不愈然后命药。"又引张仲景语："人体和平，唯须好将养。勿妄服药，药势偏有所动，令人脏气不平，易受外患。夫脏气之类，未有不恣食以生存。"《类证治裁》也谓："饮以养阳，食以养阴，饮食之所以卫生而脾胃实。"更可证明药食同源而食比药更重要。

"水能载舟，亦能覆舟"，饮食亦然。诚如《寿世保元》所谓："人知饮食之所以养生，不知饮食失调，亦以害生。"李白（701—762 年）以嗜酒终身而病脓胸症谢世，杜甫（712—769 年）因食夏天腐肉中毒而死，就是最好的说明。

在护理学领域里的饮食调养，一为相宜有益的食品，一为不宜有害的食品，又有少食者有益而多食有害，所以益者宜进，害者宜戒。《外科图说》："夫宜忌者，即所苦所乐也。五脏各有所宜，五脏各有所忌。"所谓宜与乐，是指有益者；忌与苦，是指有害者。

此外，还有些食物的本身是有益的，但对某一疾病则可能是有害的。例如荸荠，可明目消痰，但是对萎缩性鼻炎、干燥性咽炎则为害很大，因为它的副作用就是起燥。酒和螃蟹，众所周知为辛热品与发病物，但对肥大性鼻炎，却可起到治疗作用。因为两者同时进食，可以化瘀活血破结之故。

【禁忌者】

烟、酒、辣，为鼻、咽喉病必禁之品。肥肉、糖、枇杷（枇杷叶清肺、化痰、止咳），可以助湿生痰。凡急性咽炎、慢性咽炎、扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、声带息肉、癔性咽喉异感症、卡他性中耳炎等症，当严格禁食。葱、韭、辣，为鼻、咽喉、口腔病，必禁之物。

多食水果，对人是有益的。唯枇杷助湿生痰，荸荠性燥，梅子性酸收敛等，在进食时都应加以注意。

【适宜者】

与禁忌者相反，是某种疾病或在某种情况下，必须增加该类食品来辅助药物治疗。也有的在疾病的某一阶段为禁忌品，但到了另一阶段，即非禁忌品，而是适宜者。例如《外科精义》的："若其痈疽，脓溃肿消，气血虚弱，则可食羊肉，鹌鹑……。若至肌肉渐生，思想滋味，则食荠粥、羹汤。"就是最好的例子。

现在中医对禁口的尺度已较古人放宽了许多，所以有益的食谱，也相应扩大，可能是受到西医的影响。尽管是适宜的食品，但也不宜恣食贪饮，尤其是在疾病恢复期中食欲初升之际。

饮食应低盐、低糖、低脂肪。《格致余论·茹淡论》："安于冲和之味者，心之收、火之降也。以偏厚之味为安者，欲之纵、火之胜也。"什么是冲和之味？朱氏（《格致余论》作者朱丹溪）的解释为"若谷菽草果，自然冲和之味"。

第五节 遣 闲

有病的人，尤其是慢性病患者，长日遥遥，即生遐想，所以病中的遣闲问题，也是护理中不可缺少的一环。棋类、牌类用脑过度，球类等等太消耗体力，都不适宜。惟有书画、音乐、戏曲、读书、散步及太极拳（内含八段等导引、气功），最为合适。故《老老恒言·消遣》中强调："笔墨挥洒，最是乐事。……棋可遣闲，易动心火。琴能养性，嫌磨指甲。"在两部《千金方》中更一再介绍，借读书来遣闲，并介绍要读黄老之书。的确，清净无为的道家书籍确是修心养性的最佳读物。现代人也应该阅读一些有益身心的读物，非但对病躯的康复大有裨益，而且自身的素质也大大地提高。

第六节 休养与睡眠

休，指病人机体的休息；养，指病人精神的修养。因为病因有三，内因为主，所以内在的修养更重于外在的休息。要求病人做到精神上的修养，只有一句话，就是要排除任何懈怠、颓唐、悲观、失望等消极想法，使自己保持一种积极、乐观的生活态度。

睡眠可使机体得到最好的松弛，从而促使疾病加速痊愈。诚如《叶选医衡》所谓："非安枕，不能养血与神。"求得酣睡，固然需要周围环境的安谧宁静，但自己亦要主动做好睡眠前的准备，以保证睡眠质量。例如《寿世青编·睡诀》中教导我们"早晚以时"，"软枕头、暖盖足；能息心、自瞑目"，"欲睡，必走千步始寝"。"伏气有三法，病龙眠、屈其足也，寒猿眠、抱其膝也，龟鹤眠、踵其膝也"。还有《古今医案》的"寝卧不得多言笑。睡、侧而屈，觉、正而伸。先睡心，后睡目。纵睡不着，勿生烦恼"。

第七节 保健和预防

保健是预先防病，预防是保证健康。两者的关系，不可分割。预防的作用比有病之后的治疗更有意义，所以《素问·四气调神论》强调："是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎。"祖国古代对保健与预防的重视，也可以反映到各个方面。又如《易经》所谓"君子以思患而预防之"。对于预防的涵义，《管子》解释为："惟有道者，能避患于未形，故祸有萌。"

《内经》毕竟是医学文献，对疾病的预防，更有一番理论和措施。例如《素问·上古天真论》："饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱而尽终其天年，度百岁乃去。"同时更指出不知预防者的"以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，起居无节，故半百衰也"。同时更说明为什么而预防可以保健延年？解答是："恬淡虚无，

真气从之，精神内守，病安从来。”措施是《素问·四气调神论》的：“春三月，夜卧早起，广步于庭。……冬三月，去寒就温，无泄皮肤，使气亟夺。”以上所说，乃泛指一般性的。专论耳鼻咽喉口腔者，最早有《山海经·中山》的“天扁，服之不哑”等。

从用药物来预防耳鼻咽喉口腔病而发展到利用导引、健身操来预防，不能不说是一个飞跃，而且这种方法到现在还在取用。梁代葛洪（284～364年）《抱朴子》中就有这样预防耳聋的方法，是：“或问聪耳之道？抱朴子曰：能龙导、虎引、熊经、龟咽、燕飞、蛇曲、鸟伸天俯地，仰会赤黄之景，不去洞房，猿处、兔驾千二百至，则聪不损。”隋代《诸病源候论》的“勿塞故井及水渎，令人耳聋”、“东向坐不息三通，手捻鼻两孔，……令鼻道通，得闻香臭。”唐代《千金要方·道林养性》：“头边勿安放火炉，日久，睛赤及鼻干”，“夜卧当耳勿风，吹入即耳聋”。《千金要方·居处法》：“凡人居止之室，必须周密，……使人失音不语者。”

唐宋以后，对预防的重要性认识得更为明确，预防的方法手段也更实用与多样化，同时见于文献记载的也更丰富，所以难以一一转载。这里选择几节医学书籍之外的片言只字。如宋代陈希夷的《十二段锦》立春正月坐功的预防耳后痛；子丑坐功的预防嗌干、喉痹、耳聋；丑寅坐功的预防鼽衄、鼻不闻香臭；寅卯坐功的预防耳鸣耳聋等。无名氏《太素丹景经》的“耳要常弹——即鸣天鼓”。青莱真人《八段锦》的“赤龙搅水津，漱津三十六，神水满口匀，一口分三咽”来预防咽喉病，“龙行虎自奔，闭气搓手热”来预防鼻病，“左右鸣天鼓，二十四度用”来预防耳病等等。用药物或食物来预防的，如《传信适用方》的：“生萝卜切作片，冬月临卧时，吃两三片，可无咽喉之患。”

明代，是中医人才辈出的时代，所以耳鼻咽喉口腔病的预防医学也相当发展。除当时《保生秘要》等著作，专以健身操作为预防主要手段之外，其他的药物、起居、摄养、导引的预防和保健内容，更是很多。例如《红炉点雪·却病》中“肾吹抱取膝头平”的“吹则通肾，目昏耳聋，常补泻则肾气自调矣”，“肺和呬气手双擎”条的“鼻涕滞或鼻热成疮，大呬几呬，一补一泻，则肺气自然升降”。

至清代，几次白喉、猩红热的大流行，使预防医学又有了新的发展。如《痧喉正义·沙耀宗谈痧喉》的：“凡入病家，不宜空腹。饮雄黄酒一杯，再以香油调雄黄末、苍术末涂鼻孔。出则以纸拈探鼻中得嚏，则自然保全矣。”《喉科集腋·白喉风》：“不可空腹入患家看病，或饮雄黄酒一杯，或食大蒜亦可，保不传染。”前者是预防猩红热，后者是预防白喉。

第十章　古今文献

《论语·八佾》:“文献不足故也。足则我能微之矣。”所以文献可以反映出某一门科学、某一专业的水平和价值。医学文献,在祖国文化中占有极重要的位置,耳鼻咽喉口腔科的古今文献,就是其中的组成部分。但耳鼻咽喉口腔科的古今文献,究竟有多少？水平如何？实用价值如何？从来也未加统计或整理,这里应该加以介绍。

这里的书籍,以干老的藏书为主,故能稍详注释。次为借于各处图书馆的,少数则根据其他文献而再引,所以注释难以详确。而且个人的见识有限,遗漏错误之处肯定难免。

这里必须回顾一下祖国耳鼻咽喉口腔专业方面历代文献著作,因为任何事业的盛衰起落,文献著作就是一个客观而准确的寒暑表。

第一节　散见于名著中的耳鼻咽喉口腔专业性论著

《诸病源候论》50 卷

巢元方(550—630 年)编著。梓行于隋代大业六年(610 年)。耳(卷 29)、鼻(卷 29)、咽喉(卷 30)、口腔(卷 30),此外还有散见于各卷中内容。特点为仅有病理而无治疗。涉及预防与少数治疗者,仅仅为导引。

《千金要方》30 卷

孙思邈(541—682 年)撰。成书于唐代永微三年(650 年)。耳(卷 6 下)、鼻(卷 6 上)、咽喉(卷 6 下)、口腔(卷 6 上)。此外散见于各卷中的资料很多。特点:孙氏有鉴于各器官位置相邻,把它们集合在一起,名为“七窍病”,给今后五官科打下了一个基础。又把《素问·阴阳应象大论》的“谷气通于脾,六经为川,肠胃为海,九窍为水注之气”与《素问·通评虚实论》的“九窍不利,肠胃之所生也”的思想贯彻到五官科病中来。还有如药粉绵裹塞鼻内、粉剂吹鼻内、药汁灌鼻腔、缚法、拭法、涂法等(以上用于鼻病);以刀决溃泄脓、含漱法、噙化法、热敷法、铁篦熨法、烧铁钉烙法、涂拭法、填塞法、烟熏法等(以上用于口腔、咽喉病);直塞耳中法、水剂滴耳法、艾灸法、桃叶火灸法、以药物作枕法(以上用于耳病)等丰富多彩的外治法,作为内治等法的辅助。其中很多方法,至今还在临床上取用。由此得到启发而衍化出来的外治法,更不胜枚举。

《外台秘要》40 卷

王焘(?)撰,成书于唐代天宝十一年(752 年)。耳、鼻、咽喉、口腔(第 22～23 卷)。

《医心方》30 卷

日本丹波康赖撰,成书于 982 年。耳、鼻、咽喉、口腔(第 5 卷)

《太平圣惠方》100 卷

王怀隐(925—997 年)等编纂。从太平天国三年开始,至淳化三年(978～992 年)告成。从 34～37 卷的 4 卷中,全部为耳鼻咽喉口腔专业篇。特点为第一部最详细讨论耳鼻咽喉口腔病的书籍。内有总论、各论及许多内、外治疗方法。

《圣济总录》200 卷

本书为当时政府主持编辑而成。约成书于宋代政和一年至七年间(1111—1117)年。从114～125 卷,计占用 12 卷篇幅来专论耳鼻咽喉口腔科,为以前未见的大块文章。

《普济方》426 卷。

朱棣(? —1425 年)主持编纂,成书于永乐四年(1406 年)。从 54 卷到 70 卷,共有 17 卷篇幅,专论耳鼻咽喉口腔病。其内容之丰,已远远超过于以上诸书。

《医方类聚》226 卷

朝鲜金礼蒙编纂,成书于 1465 年。从 71 卷至 80 卷,先后讨论了齿、咽喉、口舌、耳、鼻疾病。本书虽为朝鲜学者所编,但基本上都是节录中国历代医书而成。单单耳鼻咽喉口腔科的就已节录中医名著 30 部以上,故而内容丰富。

《奇效良方》69 卷

明代方贤(?)撰,成书于明代成化六年(1470 年)。从 58 卷至 62 卷,计 5 卷篇幅,专论耳鼻咽喉口腔科疾病。

《古今医统大全》100 卷

徐春圃(1520—1596 年)编著,成书于万历三年至六年之间(1575—1578 年)。内 62 卷为鼻证门、耳证门;63 卷为口病门、唇病门;64 卷为舌证门、齿候门;65 卷为咽喉门。诸门中,俱有病机、脉候、治法、药方,对现代临床很有参考价值。

第二节 咽喉专业书

《口齿类要》不分卷

薛己(1487—1559 年)著,明代嘉靖甲寅年(1554 年)梓行。这是现存的最早的一部口腔咽喉专业书,治法独崇内治。共搜集茧唇、口疮、齿痛、舌症、喉痹、喉痛、诸骨稻谷发鲠、误吞水蛭、诸虫入耳九个病种。此书被《医籍考》所搜集。

《咽喉论》不分卷

逸南轩(?)著,清代乾隆乙巳年(1737 年)梓行。根据扉页汪序,得悉作者为济南人,是一个职业医生,精于喉科。全书除"咽喉论"、"内外方治总旨"两章为理论阐述,"看法"、"论死症诀"两章为诊断,"因症立名立方十四段"、"分症用药"两章为辨证论治之外,其余的都是方药,重点在于外用药。全书无空言泛语,颇合临床实用,惜乎流传不广。

《喉科指掌》6 卷

作者张宗良,上海市松江人,出生时代无考。成书于清代乾隆丁丑年(1757 年)。本书也被《医籍考》所搜入,与《口齿类要》两部书入选。本书共有咽喉病 50 种、口腔病 33 种,共 73 症。其实其中许多不是"病"而是"型",所以真正属于病种的并不多。本书中的六味汤,的确为一首有效名方,现在临床取用,疗效满意而稳定。熊大经的校注本,对旧版的错误纠正很多,1989 年人民卫生出版社出版。

《尤氏喉科》不分卷

旧题作者为尤乘,上海卫生出版社 1957 年版,也作尤乘,是错误的。其实真正的定稿人为尤存隐。约清代乾隆三十八年(1773 年)前才向外传出。本书为无锡尤氏喉科的家传秘方,所以没有什么理论性的内容。考明代御史周清,为一宦官平反冤狱,该宦官为了酬答厚恩,即将十七首喉科外用方以赠周。周死后,为外甥尤某(即尤存隐之祖先)所得。尤氏凭此秘方为

喉科医，从此代出名医不绝。传至尤存隐，无子，赘一婿，不肖，难传祖业。婿又为瘾君子，在穷极无聊之际，将此秘本出卖于人，根据可靠资料，有许多人买到，其中有两人为医界中有名人物，一为《沈氏尊生书》作者沈金鳌(1717—1776年)，一为《疫痧草》作者陈耕道的父亲石泉。这秘本一经出卖，抄者很多，在再转传抄中，错误百出，甚至把尤存隐误为尤乘。后经干老考证，于1983年在江苏科学技术出版社出版了《干校尤氏喉科》。

《重楼玉钥》2卷

郑宏纲(1727—1787年)撰。成书于乾隆三十三年(1768年)，但作者生前没有梓印，直到道光十九年(1839年)，才由苏州人孙学诗为之刊行问世。郑氏字纪原，又名梅涧，安徽歙县郑村人，人称"南园喉科"。全书上下两卷，上卷为咽喉病总论，有论八篇，分别论述36种包括口腔在内的咽喉病。其内容包括名称、症状、治法、方药。下卷为喉风针诀、行针手法、常用经穴等。本书写作水平，在喉科书中堪称上乘，故而在喉科界流传较广。解放后经人民卫生出版社1956年翻印之后，以后又印过几版，影响更大，几乎成了喉科必读之书。

《时疫咽喉经验良方》不分卷

刘仙舟(?)著，清乾隆四十年(1775年)梓行。

《咽喉经验秘传》不分卷

作者无考，清代程永培校刊。乾隆年间(1795年前)梓行。本书首列咽喉总论，次论病症，再次论治法，并详议处方和制药秘法。书末有喉证歌24首。又附10个证型的主药。这是程氏集前人有关喉科证治的经验校刊而成喉科专业书。本书建国前后几乎已经失传，全国各大图书馆中均无此书。建国后，上海老中医王玉振先生献出孤本，由商务印书馆在1957年发行。程永培，字瘦樵，清乾隆时苏州人，是一位知医爱书的学者。

《证治图注喉科》不分卷

作者无考，成书于清代乾隆丁巳年(1797年)。

《张氏咽喉总论》4卷

作者无考，梓印于清代乾隆丁巳年(1797年)。本书内容与张宗良的《喉科指掌》颇为类似。

《喉风要略》2卷

许嗣山辑，清代嘉庆甲子年(1804年)梓行。

《喉风论》2卷

方补德撰，清代嘉庆甲子年(1804年)梓行。

《重楼玉钥续编》1卷

郑若溪著，清代嘉庆九年(1804年)梓行。考郑若溪，名承翰，别字枢扶(1746—1813年)。为郑梅涧子。本书为《重楼玉钥》的补充本。曾搜入于《三三丛书》第三集中。

《咽喉辨证》不分卷

旧题郑若溪著。此书未见流传，也可能为《重楼玉钥续编》的另一名称。

《咽喉证治》4卷

戴培椿著，成书于清代嘉庆十九年(1814年)。

《喉科杓指》4卷

包永泰著，清代嘉庆二十年(1815年)梓行。本书内容，全部以《喉科指掌》作蓝本，唯把6卷改编为4卷。其中总论、次序、图画、款式，两书完全相同。即第一方剂《喉科指掌》的六味汤，在这里加入前胡、枳壳，称为清咽散。最大的差别是本书在前加入针灸穴位，在末加入牙

齿疾病。

《咽喉脉证通论》不分卷

作者无考，许连重订。清代道光辛丑年(1841年)梓行。根据重订者许氏考证，认为“宋僧原本，亦疑以传疑意尔”，“苟非宋，亦不出元明间一巨手耳”。干老认为决非宋作，其理由如下：一，“烂头癣第十”：“此证因棉花疮毒。”考棉花即梅毒，明代(也谓元代)始在我国发现，宋时无此一病。二，“乳蛾第四”：乳蛾一名，初次见于《儒门事亲》，宋代也无此一名。三，“总论”：“自来业喉科者，全不讲脉，所以治之鲜效。”考宋仁宗·嘉佑五年，政府规定太医局学生各数，分九科，内有口齿兼咽喉科。至元代分为十三科，第七位口齿科、第八位喉科。因之这里称“业喉科者”，显然不是宋人口气。再则宋有太医局，元亦承袭此制，所以不论口齿科或咽喉科医生，都要接受严格的基本功训练，舌诊、脉诊是中医最基础的必具技术。直到明末清初之后，才以外用药作为主要手段而置内服药于可有可无的地步，即使是目不识丁者，也可为喉科医生。所以这里谓医生“全不讲脉”，以理推测，执笔者定然是明末清初时人，决非在宋代。四，“总论”的“弱证喉癣”也大有旁证价值。写成于明代的《红炉点雪》称结核为“痰火”，故称喉结核为“火病失音”。至于“弱证喉癣”的称呼，在清代《咽喉脉证通论》中方才出现。因之其可作为此书决非宋代产物又一个铁证。五，“通治用药”中谓：“夫喉证向有三十六法。”所谓“三十六法”事实上即“三十六证”。考金代张子和首先在《儒门事亲》中提出“喉科八种”。元代《世医得效方》增为“一十八种喉风。”清代《重楼玉钥》才提出“喉风二十六症名目”。所以在宋代而有“三十六法”，是不可能的。六，《医籍考·卷六十九》中，从汉至清，未见《咽喉脉证通论》一书，而《医籍考》对宋代文献搜集得最多最详，此书如确是宋代作品，《医籍考》决不会遗漏。《医籍考》搜集书目，最后到1804年(清代仁宗嘉庆9年)，所以此书不但不是宋代作品，而且还是1804年之后的作品。本书虽非宋物，但因原作基础较佳，再加许氏的文学水平较高，故而堪称喉科书中的可读之品。本书共论疾病18种，其中咽喉病12种，口腔病6种，方药治法颇具内科风格。考许连，为清代道光间进士，官江苏粮储道，为一位饱学之士。他文学水平虽高，但毕竟不明中医及医史，所以也盲从而认为本书是宋代之作。

《叶氏喉科经验秘方》1卷

赵逸亭集注，清代道光二十三年(1843年)梓行。

《喉科秘旨》2卷

海山仙馆辑，清代道光丙午年(1846年)梓行。本书又名《咽喉秘集》，除巴蜀傅氏重刻的版本外，也为附刊于《鲍氏验方新编》之后。本书完全剽窃《喉科指掌》，而且文笔庸俗，内容粗糙，品属下等。

《喉科秘旨》2卷

潘仕成撰，清代道光丁未年(1847年)梓行。

《喉科心法》2卷

沈善谦撰，清代道光丁未年(1847年)梓行。

《咽喉秘集》不分卷

署名吴氏、张氏，清道光庚戌年(1850年)版。此书又名《喉科秘旨》、又名《喉科要旨》、又名《急救喉症全书》。显然为书贾们抄袭、拼凑而成。为了销售，即屡易其名以欺世欺人。

《华佗师喉科灰余集》不分卷

华文槭撰。清道光庚戌年(1850年)梓行。本书显然为伪书。假托民间传说华佗狱中焚毁自己所写的医书，由狱吏在火中抢出一部分残稿的传说而捏造的，而且内容也十分庸俗。

《喉科秘书补要续集》不分卷

华文柱撰，清代道光庚戌年(1850年)梓行。

《治喉指掌》4卷

赵溥泉撰。清代咸丰五年(1855年)成书。事实上也是抄袭《喉科指掌》而成。无新意，无特色。

《喉症要旨》不分卷

陈根儒撰。清咸丰丁巳年(1857年)成书。作者陈氏，浙江肖山人，非职业医生，乃学者而精通医者。此书篇不多，仅有“原病”、“治要”、“辨药”三篇组成，但理论精湛。不过在用药方面，不免有纸上谈兵之感。同时书中对西医的白喉血清，推崇备至。

《喉科紫珍集》2卷

黄梅溪秘藏，朱翔宇增补。清代咸丰十年(1860年)梓版。除《喉科指掌》、《重楼玉钥》之外，此书也是一部名著。上卷搜集窦太师(默)、窦萝麟、孙真人(思邈)、朱丹溪、云州、陈若虚(实功)等先贤的讨论咽喉病的片段论说。并有“咽喉临治十要歌”、“治喉秘传备要”、“临床二十要诀。”附有插图72幅，介绍各种喉科病。下卷介绍外用药及内服药。最后附有“咽喉结毒方论”。

《喉科秘旨》不分卷

屠燮臣著。清代同治二年(1863年)梓行。

《咽喉脉证通论》不分卷

题费伯雄校订。清代同治三年(1864年)梓行。此书即许连校对的那本《咽喉脉证通论》。其不同者，就是把许连本中序文的作者姚衡书改为刘至喜，将许连的自序，改为武进费伯雄。干老认为亦是书商为销路而采用的欺骗手法。

《喉证全书》4卷

黄梅溪撰，清代同治乙丑年(1665年)梓行。本书事实上就是朱翔宇增补的《喉科紫珍集》。除了改头换面把两卷分为四卷，摘文中添加了王肯堂以外，完全相同。这也是书商的作伪。

《喉症论治》不分卷

周维墉撰。清同治丙寅年(1866年)梓行。

《喉科秘钥》2卷

郑西园撰，许佐延校。清代同治戊辰年(1868年)梓行。本书又名《喉科枕秘》，上卷有“喉症要说”、“喉症歌诀”与“喉症方药”三大章。下卷有“喉症图说”与“喉症补编”两章。“补编”为许氏所撰，专论白喉。看来此书为郑氏遗作，经许氏增订而成。郑氏与写《重楼玉钥》的郑宏纲为一家人。宏纲居“南园”，人称“南园喉科”。本书作者居“西园”，人称“西园喉科”。故而郑西园并非真名。

《喉科补编》1篇

许佐延撰，实则难以称书，仅仅一篇白喉论文而已。全文除论述之外，又治验四则，内容极少。附刊于《喉科秘钥》之后。考许字乐泉，系安徽省古歙人，为当地名医，专长于眼科、喉科。

《焦氏喉科枕秘》2卷

金德鉴撰。清代同治七年(1868年)梓行。本书为金德鉴整理的焦氏遗著。上卷为治法、喉症图形等。下卷为方药及灸刺各法。内容虽无突出优点，但较一般庸俗可憎的喉科书毕竟

高出一筹。

《知非斋咽喉集验方》不分卷

周兴南撰，清代同治壬申年(1872年)梓行。

《咽喉经验秘方》

龚桂著。清代光绪二年(1876年)梓行。以上两书，事实上不过是读书笔记一型的抄本，以外用方药为主。

《喉科大成》

马渭龄著，约在清代光绪年间梓行。

《喉科心法》不分卷

潘诚撰。清代光绪戊寅年(1878年)梓行。此书虽然病种不多，仅22个。但一开始即分为"阴症"与"阳症"，这是所有喉科书所未有的。此外，还附以30种"杂症"，更显示出条分缕析，理论根基深厚，亦为一般喉科书中所罕见。作者潘诚，字保真，很有文学水平，所以中医传统气息很浓郁，在喉科书中，确是难得的上品之作。

《喉科集腋》2卷

名"集腋"者，寓集腋成裘之意，说明是专事搜集古人(或他人)著作而成。辑集者沈青芝，清代光绪七年(1881年)书成。一直为手抄本，光绪十六年(1890年)初次梓行付印，但不久即版毁书亡，还是靠手抄来流传。1982年中医古籍出版社予以影印，从此广为流传。书为两卷，卷上为白喉、喉痹、烂喉痧三症；卷下为咽痛、单双喉蛾喉风及咽喉杂症。卷前有针法、刺法图式、用药禁忌；卷后有附录、药方歌诀。

《喉症类集》4卷

迎薰山房编辑。清代光绪十二年(1886年)梓行。

《喉证明辨》4卷

又称《喉症指南》，清代寄湘渔夫辑。清代光绪十三年(1887年)梓行。在1924年经吴锡璜加以增订后，改称《增订奇验喉症明辨》，其发行范围比原书更为广泛。书中卷一、卷二为总论，但独详白喉。卷三为咽喉、口腔，旁及耳病、鼻病。卷四为方药。

《集喉症诸方》2卷

黄惺溪集。清代光绪丁亥年(1887年)梓行。

《流犯喉科药方》2卷

郑汝恭编辑，清代光绪十六年(1890年)梓行。据序文知悉，医方由一湖南籍廪生传出。他因犯罪而外出流窜，有人收留他，廪生在感恩之下，即将此方以赠。本书中医基本功十分扎实。所录方药，也是比较正统而且有特色，的确是中医喉科专业书中的上品。可惜在建国前已散佚。幸甘肃中医学院发现一本孤本，不惜工本，予以影印数十部，线装精致，质量极高。惜乎为数太少，无法广传。

《秘传喉科十八证》不分卷

蔡钧辑。清代光绪戊戌年(1898年)梓行。本书完全是《咽喉脉证通论》的复制品。蔡氏自序中谓"验方新编甫告成而又得秘传喉科十八证"，可知蔡氏是对医书相当不熟悉而又热衷于刻医书的人。

《喉科方论》不分卷

赵振源撰。清代光绪二十五年(1899年)梓行。

《急救喉症要法》一卷

范心田辑。清代光绪己亥年(1899 年)。本书自谓:"将杭州周光远所刊名医王士雄先生医案中保痘喉神妙三方并论及治验法者三案,与白喉忌表书中之三方而成。"可知也不过是抄录几首成方而已。水平较低,搜入《陈修园医书六十种》中。

《喉科种福》不分卷

方坞樵撰。清代光绪二十五年(1899 年)梓行。

《囊秘喉书》不分卷

杨龙九撰。清代光绪二十八年(1902 年)梓行。虽然王景华跋中谓:"其文义舛缪,方名怪特,一似铃医所为。"但笔者认为其内容并不是过分怪癖庸俗。其中有:诊法、辨证、类证、治法、药例、医方上、医方下、制药、附录九篇文章,也颇入情合理。

《喉科急症》不分卷

作者无考。清代光绪三十四年(1908 年)梓行。

《喉科家训》4 卷

刁步忠撰。清代光绪三十四年(1908 年)成书。作者,字惠三,江苏崇明人。本书第一卷,内有十章;第二卷,两章;第三卷起,不以常论,有白喉治法。第四卷为杂论,文墨酣畅,理论中肯,亦为喉科书中的上品。此书写成于 1908 年,但梓行付印在 1917 年。

《喉科家宝》不分卷

包三镳述,包蘅村校。清宣统二年(1910 年)写成。本书在 1958 年,由上海市中医文献研究馆加以整理,改成五节,为:经典注释、咽喉总论、辨证论治、特效方剂和古代咽喉七十二证考,易名为《重纂包氏喉科家宝》,由三镳侄孙包句香主其事。因以重纂,故与原书大有出入。

《喉科金钥》2 卷

袁仁贤撰。清代宣统三年(1911 年)梓行。

《第一喉科》1 卷

言隆吉编。清代宣统三年(1911 年)梓印

《喉科秘诀》1 卷

黄真人著。清代宣统三年(1911 年)前梓印。有些版本作"破头黄真人"或"烂头黄真人"。全书无一处像样的理论,第一篇"喉科大要"更是不知所云,文不对题。显然为庸人手笔,不堪卒读。

《咽喉病》1 卷

张汝伟编著。1947 年由上海大众书局出版。本书为《国医万病自疗丛书》中的一部,是属于科普型读物,故而无高深理论,通俗易懂。惜乎第一章"咽喉总论"中把全套未加消化的西医生理学、解剖学硬塞进去,并附三幅西医的喉部、气管和声门插图,则显得有些不伦不类。

《中医喉科学讲义》

中医学院试用教材(即第一版)人民卫生出版社 1960 年出版。

《中医喉科学讲义》

中医学院试用教材(即第 2 版)上海科学技术出版社 1964 年出版。

《慢性扁桃体炎的中医烙法》

辽宁中医学院附院喉科编,人民卫生出版社 1966 年出版。

《简明中医喉科学》

广州中医学院编。上海人民出版社 1971 年出版。

《聋哑病的治疗》

中国人民解放军3016部队医院编写，人民卫生出版社1972年出版。

《嗓音病的中医论治》

蔡福养、王永钦编著。人民卫生出版社1988年出版。

《中医喉科学》

干祖望著。光明日报出版社1989年出版。此书已被光明中医学院作为讲义。

《中医喉科精义》

程爵堂著。学苑出版社1993年出版。

《中医喉科集成》

张赞臣主编，人民卫生出版社1995年出版。

《中西医结合嗓音病学》

余养居等主编，(上海)知识出版社1996年出版。

第三节　白喉专业书

《喉白阐微》1卷

郑若溪著。清代嘉庆二年(1797年)写成。这是中医最早的一部白喉专业书，是作者根据他四十多年的临床经验而写成的，一直作为家传秘诀，不肯外传。解放后，才由其后裔郑景岐中医师贡献给安徽省卫生厅，所以真正的付印出版是在1956年，由安徽人民出版社出版。后附其弟郑既均的《秋斋偶记》，论点昆仲一致。

《京城白喉外治三法》1卷

连自华撰。清代同治八年(1869年)梓印。

《时疫白喉捷要》1卷

张绍修撰。清代同治八年(1869年)梓印。本书因内容较少，翻印方便，而且当时白喉几度大流行，但没有专业书，所以复印翻版者很多。书名也屡屡更易，前后有《喉症神效方》、《喉证约精》、《白喉治法捷要》、《李校白喉治法捷要》、《白喉时疫论》、《白喉症识》等等，内容虽然不多，但尚有实用价值。

《白喉新编》1卷

吴越继著。清代光绪元年(1875年)梓印。

《喉科白腐要旨》1卷

许佐廷著。清代光绪六年(1880年)梓行。之后，作者在校订郑西园《喉科秘钥》时，把它改称“喉症补编”而附于《喉科秘钥》之后。

《白喉辨证》1卷

黄维翰撰。清代光绪六年(1880年)梓行。作者字冉生，当时白喉大流行，死者无数，故作为科普读物而写此书，使广大人民知悉一些常识而加以防治，所以在“凡例”中即谓:“是书专为不知医者设法，故语多俚鄙，并欲便利印刷，故引证亦简。”但本书文笔通顺，深入浅出，一扫当时庸俗的文笔欠通的喉科书的文风。内容虽然不多，但很有保健指导作用。

《白喉全生集》1卷

李纪方撰。清代光绪八年(1882年)梓行。所有当时的白喉专业书中，以此书最为实用。因为不若当时以一方一药来治病(更其是喉科)的风气而独独重视辨证论治的。而且更纠正了当时一片盲目“忌表”的教条误区。不失为其中突出的好书，可惜流传不广。

《时疫白喉症真诀》1 卷

黄方国撰。清代光绪丙戌年(1886 年)梓行。

《白喉忌表抉微》1 卷

搜编于《陈修园医书》中,名为《白喉治症忌表抉微》,作者耐修子,亦作耐修老人。成书于清代光绪辛卯年(1891 年)。

这是一本强调"白喉忌表"学说的小册子,是所有喉科书中流传最广者之一,所以影响极大,遗患也最深,诚如杜同甲在《白喉忌表抉微驳义》中所谓"患者十死七八,实白喉忌表抉微一书杀之也"。信非虚语。作者署名耐修子者,何许人也?一直是个谜。经干老考证,现已得知,他的真实姓名为孙淦,字丽泉,号筱坪,耐修子为其笔名,乃清代山东潍县(今潍坊市)人,咸丰年间举人,其弟名淇,字左泉,优增生。昆仲以文学齐名于当时,故人称"二泉"。孙氏的文学著作甚丰,但毫不知医,所以仅仅道听途说,加之家族几人恰巧进了表剂而死于白喉,于是写出了此书。可笑的一批专业医生,却反去盲从一本纸上谈兵的医学著作,焉弗使人哑然。

《白喉养阴忌表歌诀》1 卷

文德斋根据《白喉忌表抉微》而谱以诗歌形式写成。清代光绪辛卯年(1891 年)梓印。

《白喉条辨》1 卷

陈虬撰。清代光绪二十三年(1897 年)梓行。作者陈氏,字葆善,擅长文学,所以此书也是一部质量较高的好书。考清代末叶,白喉几度大流行,死者无数,因之也出了不少研究白喉的专书。本书在白喉治疗学说方面提出了许多观点,虽然全书仅有一万七千余字,但能汇集各家学派、不同论点以及前所未有的白喉专书的精辟之句,并在实践中讨论各家各派的得失,因之不论在理论上,还是在临床上都可起到一定的指导作用。可惜流传不广,1957 年人民卫生出版社翻印之后,得以稍加推广。

《白喉治法要言》1 卷

刘昌祁撰。清代光绪庚子年(1900 年)梓印。

《白喉辨症》1 卷

王裕庆撰。清代光绪二十八年(1902 年)梓印。

《白喉证治通考》1 卷

张采田撰。清代光绪癸卯年(1903 年)梓印。首述诸家论略、次列药治禁忌,附不治之症、喉症治案、古今名医疑似治案、抉微辨谬、主治验方等篇,确属书中隽品。《四部总录医学编》对它的评价极高,谓:"网罗古今白喉之学说,以辨正洞天之谬误,识见高人一等。"

《白喉秘旨》1 卷

黄炳乾撰。清代光绪三十四年(1908 年)梓行。

《白喉问答》1 卷

杜钟骏撰。清代宣统三年(1911 年)前梓行。

《白喉证论》1 卷

肖海雍著。清代宣统三年(1911 年)前梓行。

《抉微辨谬》1 卷

张钝庵撰。清代宣统三年(1911 年)前梓行。这本书是为专事批判《白喉忌表抉微》错误而作。理论有根有据,观点入情入理,文章深入浅出,惜乎流传不广。

《白喉忌表抉微驳义》1 卷

杜同甲撰。民国十四年(1925 年)出版。本书"提要"中就明白指出"抉微一书(指耐修子

的《白喉忌表抉微》),实足以杀人",凭此即可了解本书内容。

第四节　猩红热专业书

《疫痧草》1 卷

陈耕道撰。清代嘉庆六年(1801 年)梓印。本书为中国最早的一部猩红热专业书。全书分辨证、见象、汤药三章,即总论、检查诊断和治疗三个部分。文笔要言不繁,很有实用价值。

《痧喉阐解》1 卷

朱铁山撰。清代嘉庆丁卯年(1807 年)梓印。后在光绪二十一年(1895 年),由如兰校订、陈梅汀镌版重印,就改称《痧喉经验阐解》。文理两拙,质量不高。

《喉痧证治》1 卷

汪春和撰。清代道光二十一年(1841 年)梓行。

《丹痧咽喉经验秘传》1 卷

旧题叶天士撰,显然是书贾们的伪造之品。清代道光二十三年(1843 年)梓印。

《烂喉丹痧辑要》1 卷

原名《经验阐解》,作者无考。经金德鉴删订而成此书。金氏字保三,苏州人,乃儒而医者。他把《焦氏喉科枕秘》及本书,再加华岳的《急救霍乱方》、葛可久的《十药神书》合订在一起,辑成《小耕石斋医书四种》,梓版于 1868 年。此书内容不多,质量很高。

《痧喉证治汇言》1 卷

施猷辑。清代同治壬申年(1872 年)写成。辑者施氏,字小桥。他把唐迎川、祖鸿范、李纯修、高锦庭、王步三、朱铁山、汪春和等七人关于猩红热的论文编缀在一起而成本书。在每篇节录前贤论述之后,加以按语,发表自己见解,对读者很有启发。

《痧喉阐义》1 卷

程镜宇撰。清代光绪丁丑年(1877 年)梓印。

《痧喉正义》1 卷

张振鋆辑。清代光绪十五年(1889 年)书成。本书风格,完全和施猷《痧喉证治汇言》同一类型。因一则已有《痧喉证治汇言》蓝本可借鉴;再则时间比前书后 17 年,资料当然更多;三则辑者文化水平很高,所以十分精湛。计选入喻嘉言(1585～1682 年)到辑者同时代的施猷止,共取 17 家著作。最后殿以自己的"痧喉正义总论",更为画龙点睛之笔。所以本书非但是猩红热专书中的精品,而且是温病学文献中的一部不可多得的作品。辑者张氏,字醴泉、筱衫,是当时精通医学的学者。

《喉痧正的》1 卷

作者曹心怡,字叔培,苏州名医。初版于清代光绪十六年(1890 年)梓行。此书专论猩红热,着墨虽然无多,但文笔纵横,理论精辟,而且都是实践经验的总结,后人将其喻为喉科书中明珠,并不夸张。

《喉痧至论》1 卷

过铸(1839—?)撰。清代光绪二十四年(1898 年)梓印。过铸,字玉峰,为江苏金匮(今属无锡)名医,出身举人,故文学水平极高。根据《喉痧正的·喉痧源流总论》谓:"烂喉丹痧辑要,金氏(金德鉴)得此书于冷摊上,序谓不着撰人名氏,其实即玉峰顾氏。"如其曹氏(心怡)之说是可信的话,则金德鉴所删订作者无考的《烂喉丹痧辑要》,系顾玉峰的手笔。也有人提

出此书，不是顾氏所作，因张振鉴在《喉痧正义》中的"玉峰论喉痧"语言与本书任何一篇，都无相似之处。

《疫喉浅论》3卷

夏春农撰。清代光绪庚子年(1900年)梓印。作者为清末扬州名医。本书基本上是在陈耕道《疫痧草》的基础上加以阐明和发展，所以观点完全与陈氏相同。唯在修辞方面更形精练细致，治疗方面也更为完美。

《烂喉痧集论》1卷

黄寿南撰。清代光绪三十年(1904年)梓印。

《白喉丹痧述要》1卷

凌绂曾撰。清代宣统三年(1911年)梓印。

《喉痧症治概要》1篇

丁甘仁(1864～1924年)撰。民国十六年(1927年)梓行。本书专论猩红热，内有节录先哲名言、主论、方药、治法及验案等等。因为最接近现代，所以在临床上的确起到一定的指导作用。

第五节　口腔科专业书

《口齿论》

旧题张仲景著。已佚。

《口齿论》

邵英俊著。已佚。

《排玉集》

佚名。已佚。

《口齿论》

中和先生著。已佚。

《广陵正师口齿论》

佚名。已佚。

《咽喉口齿方论》

无名氏。已佚。

《疗口齿方》

佚名。已佚。

《中医口腔病症学》

李刚、徐国榕编著。人民军医出版社1989年出版。

《口腔科常用中药指南》

徐国榕、曾莉编著。人民军医出版社1992年出版。

第六节　耳部专业书

《耳部望诊彩色图谱》刘绍武主编。天津科技翻译出版公司1995年出版。

第七节　耳鼻咽喉专业书

《中医耳鼻咽喉科学》

干祖望撰。《新中医药杂志》连载。1956 年。

《中医专业用——五官科学》

上海市大学教材，上海人民出版社 1973 年出版。

《中医学院(校)试用教材——五官科学》(即第三版)

广州中医学院主编，人民卫生出版社 1975 年出版。

《中医耳鼻喉科学》

广州中医学院主编，上海科学技术出版社 1979 年出版。

《全国高等医学院校师资班讲义·中医耳鼻咽喉科学》

干祖望编著。南京中医学院自用讲义。1980 年。

《耳鼻咽喉科古代文献选注译评》

干祖望辑注。南京中医学院自用讲义。1980 年。

《中医耳鼻喉科学讲义》(即第 4 版)

广州中医学院主编，上海科学技术出版社出版。

《实用中医耳鼻喉科学》

徐鸿庆编。人民卫生出版社 1981 年出版。

《中国医学百科全书·中医耳鼻咽喉口腔科学》

王德鉴主编。上海科学技术出版社 1985 年出版。

《高等医药院校教材·中医耳鼻喉科学》(即第五版)

王德鉴主编，干祖望副主编。上海科学技术出版社 1985 年出版。

《中医耳鼻咽喉古籍选萃》

谭敬书主编。湖南中医学院梓印。1985 年。

《现代中医耳鼻咽喉口齿科学》

何宗德、余养居、房学贤主编。安徽科学技术出版社 1986 年出版。

《教学参考丛书·中医耳鼻喉科学》

王德鉴主编，干祖望、林先智副主编。人民卫生出版社 1987 年出版。

《噪音病的中医论治》

蔡福养、王永钦编著。人民卫生出版社 1988 年出版。

《中医耳鼻喉科学》

王德鉴主编，干祖望、林先智副主编。(台湾)知音出版社 1989 年出版。

《干祖望中医五官科经验集》

严道南、陈小宁编。江苏科学技术出版社 1992 年出版。

《中国传统医学丛书·中医耳鼻喉科学》

王陈应主编。科学技术出版社 1992 年出版。

《临床方剂丛书·五官科病实用方》

张民庆、严道南、丁淑华主编。江苏科学技术出版社 1993 年出版。

《中医耳鼻咽喉口腔科学》

王德鉴主编，王士贞副主编。人民卫生出版社 1994 年出版。

《中医耳鼻喉科学》

王陈应主编。科学出版社 1993 年出版。

《中医耳鼻咽喉科临床验案集》

徐静著。（台湾）广文书局 1993 年出版。

《五官科病实用方》

张民庆、严道南、丁淑华主编。江苏科学技术出版社 1993 年出版。

《五官病》

孙海波、郭少武主编。辽宁科学技术出版社 1997 年出版。

《中西医临床耳鼻咽喉科学》

鹿道温主编。中国中医药出版社 1998 年出版。

第八节　仅知书名而未见的书

《咽喉科良方》

清代李成凤著。见民国十八年河北《威县志·艺文志》。

《喉科秘诀》

清代张同德著。见民国十八年河北《威县志·人物志》。

《喉科》

清代文荫昌著。见民国二十四年《新城县志·地物篇》。

《喉科白腐要旨》

清代张永荫著。见民国二十一年河北《南皮县志·文献志》。

《喉科选粹》2 卷

清代毛景义著。见民国二十三年河北《静海县志·人物志》。

《咽喉七火论》

清代刘永安著。见宣统元年河南《濮州志·方技志》。

《喉科摘要》12 卷

清代张淑仪著。见民国二十五年河南《正阳县志·艺文考》。

《咽喉司命集》

清代道士巴纯一著。见光绪二十年河南《平望县志·释道》。

《咽喉司命集》

清代随志先著。见光绪二十年河南《平望县志·释道》。

《白喉丹痧述要》2 卷

清代随志先著。同见民国七年山东《乐安县志·艺文志》。

《白喉便览》

清代随志先著。见民国七年山东《乐安县志·人物志》。

《医学喉科述余》

清代牛清和著。见民国二十二年山东《桓台志略·人物》。

《走马牙疳论》

清代姬茂畅著。见民国十三年山东《历城县志·艺文考》。

《咽喉脉理》

清代方春元著。见民国二十五年《重修商河县志·艺文志》。

《喉痈心法》

清代陈基著。见同治十三年江苏《盛湖志·艺能》。

《咽喉问答》

清代孙天骐著。见光绪六年江苏《昆新两县续修志·著述》。

《喉科要旨》1 卷

清代张思义著。见民国二十六年上海《川沙县志·著述类》。

《喉科摘要》2 卷

清代徐鉴亨著。见民国七年上海《上海县续志·艺文》。

《喉科经验良方》

清代王士芬著。见民国十年上海《宝山县志·艺文志》。

《喉科源远集》

清代郑春回著。见光绪二十年浙江《重修嘉善县志·人物》。

《喉科症治论》

清代金长启著。见民国十四年浙江《龙游县志·艺文考》。

《白喉证方》

清代傅范初著。见民国二十一年浙江《德清县新志·人物志》。

《论喉科三十六种》

清代张尘生著。见乾隆二十四年浙江《建昌府志·艺文纪》。

《咽喉牙齿证治》

清代汪四喜著。见同治十年浙江《万年县志·艺文志》。

《咽喉说》

清代聂杏园著。见同治十二年浙江《新涂倒志·艺文志》。

《喉科应验新编》

清代崔树禧著。见民国二十四年浙江《昭萍志略·人物志》。

《喉科心得集》

清代郝瑞川著。见民国二十年山西《太谷县志·著述考》。

《白喉忌表》

清代董庆安著。见民国三十一年山西《徐沟县志·人物》。

《喉科详略》

清代许思文著。见民国二十六年安徽《歙县志·人物志》。

《治喉举要》

清代陈书著。见民国二十二年福建《闵侯县志·艺文志》。

《喉科证治便览》

清代廖庆春著。见民国三十七年湖南《醴陵县志·艺文志》。

《喉科秘方》

清代王开琺著。见民国三十年湖南《宁乡县志·先民谱》。

《咽喉证海》

清代倪远翔著。见光绪十五年湖南《湘潭县志·艺文》。

《喉科经验良方》

清代杨人代著。见光绪元年湖南《衡山县志·人物》。

《齿科经验良方》

清代杨人代著。见光绪元年湖南《衡山县志·人物》。

《喉科施治图》

清代阮玗著。见光绪十六年广东《高州府志·艺文》。

《喉症指南》

清代周兆璋著。见民国十八年广东《顺德县志·列传》。

《喉科大全订正》2卷

清代潘大纪著。见宣统二年广东《南海县志·艺文略·续编》。

《南北喉症辨异》1卷

清代潘大纪著。见宣统二年广东《南海县志·艺文略·续编》。

《白喉忌表抉微》

清代冯心兰订。见民国十二年广东《宣统佛手忠义乡志·文艺》。

《白喉辨微》

清代李荣孝著。见民国十九年辽宁《盖平县志·人物·方技》。

《经验痧喉论》

清代叶香侣著。见民国三十一年浙江《重修浙江通志·著述》。

第九节　善书中的喉文化

善书，年在七十岁以下的人们，都不会知道它是什么，七十岁以上的知识分子则知之较多了，它是半封建半殖民地社会里产生的畸形印刷品，盛行于清末民初之际。

中国人一向好"行善"、"积德"，有钱者修桥筑路，没钱的穷人在自己门口摆上一壶茶或开水，供路人解渴。能够花小钱的，以送阅善书最方便而实惠。所谓善书，都是因果报应、劝人为善的通俗读物，当然里面也有迷信的东西。这类读物，文字通俗，读者众多，因之即产生了专业印刷、出售善书的书坊。这类书坊有大量善男信女们去光顾，十本二十本好买，数百数千本也照样可以供应。善男信女们买得之后，即广为赠送他人。上海福州路上的"宏文善书店"，是善书店中最有名的一家。

善书是为人们救苦救难而设，白喉、猩红热是瘟疫中最严重的传染病，而且清末民初，不断地频频大流行。于是善男信女们就针对这个"大难"与"劫数"，赠送如同善书的预防瘟疫的科普型医药书籍。

这种善书，大多为单张的，也有的仅为薄薄的小册子。对付"大难"与"大劫"的方法，不外两种，一为纯属迷信的，如什么咒、什么诀、什么符等；一为医药，就是如何预防、治疗疾病。在这里介绍的一张"经验时疫白喉立愈奇方"，是属于医药类的，也是善书中的上乘者。为24厘米×43厘米的黄纸，横写木刻。（附图）

論喉間白腐以鄭梅澗之重樓玉鑰內服大有功效可取

養陰清肺湯白喉忌表抉微方

喉間起白如腐一症其害甚速道光二十年前無此症以後雖有亦少近
來患此者多小兒尤甚且多傳染誤治不救雖屬疫氣究醫者之不當也按
此計十二症常用藥若治白喉乃對反之藥其得症者總將[illegible]並
反藥指明以備酌用此症發於肺腎凡本質不足者或遇燥氣流行或多
食辛熱之物感觸而發初起者發熱或不發熱鼻乾唇燥或咳或不咳鼻通者輕鼻塞者重音
清亮氣息調勻易治若音啞氣急即屬不治近有好奇之人一遇此症即於喉間妄
刺其白並用刀針並傷其喉至不治者總之治法不外肺腎總要養
陰清肺兼辛涼而散為主治自發自中一劑病去二劑症消退服數劑即愈
若搜桶而行其白自落兩三日即可復原小兒減半但病者忌食油膩魚
腥辛辣熱物又要避諱行動不可於日旁風處病勢危重者一日之間要
連服二三劑見效不速當於數劑之外兩服方亦可見其效方得到重症六七
劑無疑[illegible]不敢再增[illegible]此方也特將藥方開列于左

養陰清肺湯

大生地一兩　麥冬六錢　丹皮四錢　元參八錢
生甘草一錢　貝母四錢　白芍四錢　薄荷二錢五分

不用引熱甚加連翹去白芍燥甚加天冬茯苓小便赤加木通數日
不大便加元明粉如有內熱及發熱勿服表藥[illegible]
症重的加減兩服　[illegible]
吹藥方

青果炭二錢　黃柏一錢　兒茶一錢　薄荷一錢
川貝母二錢　冰片五分　鳳凰衣五分　[illegible]

凡喉症切不可[illegible]表發疏散亦不宜針刺出血

忌用藥味列後

麻黃　[illegible]　[illegible]　[illegible]　[illegible]　[illegible]
杏仁　[illegible]　桑白皮　山豆根不可用　防風不可用
射干　[illegible]　花粉不宜用　羌活　桔梗
荊芥不可用

[illegible]

各　论

第一章　耳　部

第一节　外耳湿疹

外耳湿疹中医病名为旋耳疮。此病初见于《诸病源候论·头面身体诸疮候》，称月蚀疮。理由是，半圆形的耳廓形如上、下弦的月亮，皮损侵蚀其周围，如月儿被蚀。《疡医准绳·痈疽·耳部》称为月蚀疳。因中医把顽固难治之症，习惯称疳。《外科大成·头部·耳部》称镟耳疮，同时错误地认为病情的时轻时重与月的朔望有关，所以解释为："随月之盈虚，故名月蚀疮"。《医宗金鉴·外科心法》把镟改为旋，它是一部政府主编的权威著作，从此统一地用上此名。

【临床表现】

外耳湿疹：初起时，局部皮肤出现分界不清的潮红和肿胀，耳部及其周围可有多数散在或密集的粟粒大丘疹。之后则形成许多小水疱及小脓疱，局部有瘙痒及灼热感，伴以轻度疼痛。水疱或脓疱破裂，即有粘液性或脓液性分泌物渗出，形成湿润糜烂面，若渗出液停止则结成痂皮。邻近淋巴结常肿大。如有继发感染，可出现全身症状。

中医的旋耳疮，完全符合这种症状。一般好发于外耳道、耳廓及其周围的皮肤及皮下浅在之处。如为化脓性中耳炎分泌物长期浸蚀而致者，多开始于外耳道和耳甲腔等处；如为原发的，常见于耳后沟或耳屏前。不过病损位置的不同，对辨证无多大参考价值，因为整个耳朵都在肝胆行经之处。

本病《外科大成》目为小恙，所以"不可紊乱于大毒之内，故另立之"于轻症中。全部过程都具备了四个阶段：

发轫期：初起，局部皮肤出现境界不明的潮红与肿胀（也有不明显的），有浅表性的灼热及似痒似痛感。

进展期：病变区可有多数散在性或成簇的丘疹，《外科正宗》的痤痱疮，就是在这阶段最适合的称呼。丘疹很快成为小水疱或小脓疱，烧灼感加重，而且瘙痒十分厉害，疼痛也相应加重。

鸱张期：因奇痒而搔抓，小水疱或小脓疱即刻破溃，有大量黄色浆液性或粘液分泌物渗出，《医宗金鉴·外科心法》的黄水疮，就是指此阶段。严重者可有感染，能使糜烂而皮肤剥脱，《医门补要》的颱皮疮，即指这个阶段而称。

恢复期：炎症退消，分泌物渐减少，疮面收敛趋向干燥，痛及烧灼感逐渐减轻而消失，痒感也可消失，但少数病例，即使痊愈也还有一些痒感。如结有痂皮，也会渐干燥、枯槁而脱落。

一般急性的病程，为数天至两三周。慢性的为时难以估计，尤其是反复发作不休者，可导致病变区皮肤增厚，外耳道狭窄，并可因此而致传导性听力下降的后遗症。

最严重的是湿疹发生于耳后皱襞，时间一久，可以凹下成裂口，故《外科证治全书·耳部证治》描写为“生耳后缝间，延及耳折上下，色红如刀裂之状”。

两侧颈淋巴结，可有肿大、压痛。

【病因病机】

耳病病因虽多，但总的以《保婴撮要·耳症》中的三句话，最有高度概括性。薛氏谓：“耳者心肾之窍，肝胆之经也。心肾主内症，精血不足。肝胆主外症，风热有余。”故本病属于外症，很少有虚证。即使慢性病有“血燥生风”一证，但临床上很难遇到。

湿热夹风：多见于急性外耳湿疹，外由风邪袭腠，内由湿热郁蒸，风、湿两邪交蒸结合而浊气氤氲上凌，侵犯耳区。此外，禀质特异（过敏体质），化脓性中耳炎之分泌物的长期浸蚀，幼儿泪、涎浸渍等，都是常见的诱因。

肝胆实热：足少阳胆经之脉“上抵头角，下耳后”。肝胆互为表里，两者素有积热郁火，当然循经犯耳。

血虚生风：确切一点说：血虚生燥，燥甚生风。燥从何来？诚属关键。考本病因循一久，流渗分泌物多，不论浆液性或粘液性甚至脓液性，都为津液被病变所腐化而成的终产物。流渗愈多则津耗愈甚。津血同源，中医对此病理机制定律，即津枯于粘膜而显示的证，是津槁；于皮肤而显示出来的证，是血枯。终至血枯——>生燥——>生风——>生痒。反之风也能致燥，相互之下，形成了恶性循环。

【辨证论治】

湿热夹风：凡风邪盛者，瘙痒剧烈，渗液较少，痒感以入夜更甚，甚至影响睡眠。湿邪甚者，痒轻而渗液特多，以浆液性、粘液性为多。糜烂面流水浸淫，滂沱难敛。结成痂靥，似很干燥，但里面则仍然糜烂浮腐，在痂靥上加压即有脓液向四周溅溢。热盛者，大多在鸱张期，患区红赤灼热，痛痒剧烈，也有痛重于痒者。重者有全身症状。小儿形气未充，禀质未实，则常见发热、烦躁不安，啼哭拒食。

脉诊，在理论上是偏于风者，应多浮多弦。偏于湿者，多濡。但在临床上，未必能反映出来。

舌诊，以湿证最明显，大多有滑、润的白腻苔。热者多黄苔或黄腻苔。

·内治·

湿热夹风：治法为疏风、渗湿、清热三大常法。不过在取用时，还须斟酌三者彼此间的轻重比例。凡偏于风者，常用代表方有消风散之类。此方以疏风为主，理湿太轻，人参不用。偏于湿者，常用代表方有萆薢渗湿汤加减。但此方除理湿外，清热有余而疏风缺如。所以在取用时酌加荆芥炭、豨莶草、蝉衣等疏风药品。偏重于热者，甘寒的有五味消毒饮；苦寒的有黄连解毒汤。但都对理湿、疏风方面取药不够，也须予以补充。

肝胆实热：肝为将军之官，禀性刚烈，遇风而炽，遇火而炎，所以也多热证、火证。一般表现为充血烧灼、疼痛，分泌物多为脓液性，而且尚有发展趋势。全身症状，大多神烦善怒，口干多饮，小便红赤，舌苔黄，脉弦数。治法取清肝泻胆，常用代表方有龙胆泻肝汤、栀子清肝汤之类。龙胆草、黄芩、山栀、生地、丹皮、赤芍、连翘、碧玉散等。

血虚生风：虽然称虚，但并非全身性虚弱，仅为营血的暂时虚怯而已。主要症状，病损处干燥，分泌物少，可有干枯角化，无疼痛，有瘙痒，虽然还在发展，但无明显炎症出现。舌苔较净，脉象无参考价值。治法取养血息风，常用代表汤有当归饮子之类。药用当归、白芍、生地、绿豆衣、桑叶、菊花、何首乌、桑椹子、白蒺藜。

以上所言，有治法与取方，但重点在法而不在方。如若有更好的方剂，也可选用，但治则一定要针对这个“证”。

·外治·

初期或中期炎势方酣者，宜用清热解毒药，切忌收敛药。如取用收敛，则邪不外泄，兽困于内，轻则把病程延长，难以告愈。重则邪毒内陷而轻症变重症，重症更重。加重的表现，颈部淋巴结迅速肿痛，甚则有导致败血症的可能。

药力重而无一弊的，是黄柏粉（研成粉末，愈细愈好），用植物油或蜂蜜，稀释调成糊状，涂布病变区，每天更换一至二次。当更换新药之前，务须把宿药清理干净。

待炎症式微之后，才可用收敛性药物，如柏石散、黄灵丹之类。用法同黄柏粉。内中柏石散中含有枯矾，对瘙痒严重者更佳。

如其病变区中央炎症十分严重，分泌物浸淫四溢，周围的完好组织也出现红肿，甚至浸润者，要尽快干扑碧玉散。此散只能干扑，每天不计次数。扑至皮肤收敛起皱后即可停止。

如其疮面已脱痂而肉芽暴露者，用黄连膏纱布覆盖，每日换一次。表皮存在而干燥者，黄连膏涂擦，每日多次。干燥而痒者，擦加味黄连膏。

关于疮面用水洗涤问题，赞成与反对在中医界已争议很久。赞成者认为洗涤的本身，就具有除垢去污的作用，而如用药汤则还可藉药力的作用而更有利于疾病。反对者认为，病的本身就已伤之于湿，着水一洗，则以湿助湿，是抱薪救火。而且污垢的分泌物，更藉水的媒介，能使它扩散延及周围的健康组织。谁是谁非，似难置喙。

【预防及护理】

（1）未病时应注意清洁卫生，尤其是儿童。凡有化脓性中耳炎、耳疖肿、婴儿湿疹者，更应格外注意局部的干净与干燥，保持耳及其周围清洁，并要注意不要乱掏耳朵。

（2）既病之后，切忌水洗。如其污秽或痂皮堆积，可先用植物油涂擦，待其疏松之后，再用纱布或消毒过的软纸轻轻擦净。实在必须洗涤者，用苦参汤。

（3）按时更换外用药，按时进服内服药。

（4）痒时忌搔抓，必要时泡些食盐水，滴在痒处。其浓度以能达到止痒为标准。如是小儿要防止他乱抓搔擦。

（5）患病期间，忌酒类、辛辣食品（如大葱、大蒜、韭菜、辣椒、胡椒、芥菜、雪里红、姜、咖喱）、腥物、淡水产品、海鲜。

第二节　耳单纯性疱疹及带状疱疹

耳廓及外耳道单纯性疱疹有两侧同病者，也有一侧病者。

耳带状疱疹，典型症状为小疱簇集成群，排列呈带状。常侵犯一侧。

考中医所谓瘑疮，最早见于《诸病源候论·头面身体诸疮候》：“如新生茱萸子，痛痒抓成疮，黄汁出。”本病又名㖞疮，相当于汉特氏面瘫。㖞指口眼歪斜。瘑疮主要是丘疹瘙痒，所以《医宗金鉴·手部》的疱疹也称瘑疮。《奇效良方·黄马散》谓：“耳内外恶疮及头疮，口边肥疮瘑疮”。《中国医学大辞典》解释谓：“有成攒者，起黄白脓疱，痒痛无时，破流黄水”的簇集性成群而生的疱疹，单纯性疱疹及带状疱疹两者都在内。

《外科启玄》的蜘蛛疮，也可能是此病。“皮肤之疾，不足患也”《吴越春秋·夫差内传》，对单纯性疱疹也以这样说，但带状疱疹则是“殊足患也”。

【临床表现】

单纯性疱疹：开始，病变区有轻度或痛或痒、牵掣紧张感，不久即出现散在性红斑，很快出现丘疹，大小如针头或芝麻，数个至数十个，常集结成一簇或二至三簇。最后丘疹发展为水疱而互相融合，内含浆液性分泌物，以后转变为脓液性液体。几天后疱疹溃破，淌出脓液，开始收敛干枯，结成痂皮，如无感染，5～10天后可以自行脱落而愈，愈后不留任何痕迹。重者耳前、耳后可出现淋巴结肿大。

带状疱疹：临床可分风热与风邪两型。

风热型，为耳部先有不适感、灼热感、僵化牵掣感，同时全身不适，体温微升，轻度头痛。继则耳部出现阵发性刺痛，甚至痛不能眠。耳廓、外耳道甚至鼓膜呈现红肿，约3～7天后，皮肤上出现小丘疹，成群成簇，多在耳甲腔、耳垂、耳屏、耳轮、对耳轮和外耳道等处。丘疹很快变成大小不等的水疱，内含溶液先为浆液性而后转化为脓液性。数天后，疱内浆收液涸，肿胀也随之消失而愈。如其脓疱破裂，则即形成小溃疡面，后再干燥结痂，经7～10天后脱痂告愈。在形态上似已痊愈，但疼痛或痒感则要持续一个较长时期而不能消失。以中医病名来说，还是属于瘑疮的范畴。

风邪型，大多在受凉风吹袭之后，突然发作，往往仅在半侧面部。其症状除上述一切之外，伴以同侧周围性面瘫，本型可占整个带状疱疹病例的1/2。面瘫的出现，一般在疱疹发生后2～3天，最迟者可在一周之后。此外，有听力障碍，舌前2/3的味觉迟钝至丧失，伴发眩晕及平衡失调，泛恶呕吐。甚者，可以使患者失去活动能力。这才是真正的瘑疮，但预后较佳，其中10％～15％，可以不治而自愈。大多能在半年内恢复或基本恢复。

【病因病机】

肺热脾湿：《疡科心得集·辨脓窠疮黄水疮论》："乃肺经有热，脾经有湿，二气交感而成。"

风湿：《医宗金鉴·外科心法·㖞疮》："由风湿客于肤腠而成。"

风邪：《诸病源候论·风口㖞候》："风邪入于足阳明、手太阳之经，遇寒则筋急引颊，故使口㖞僻，言语不正而目不能平视。"

临床上以风热上扰与肝胆积水引动肝阳两者最为常见。

风热上扰：风袭诸阳之会的头部，引发肝胆经内蕴之热，风热交织而致（临床实况）。风热上扰，机体内伏火积热，不发内症，必作外疡，且随处发泄。一经风邪外诱，即上犯头面。因风性轻清，好犯头面，所以一切热毒郁火也随之而上凌。本型风热，属外因之邪，轻浅而易治。

肝胆积火，引动肝阳：肝胆向有伏火，经络血亏，引动内风而致（临床实况）。风邪型的带状疱疹，属于《素问·至真要大论》的"诸暴强直，皆属于风"的"风"。所以口眼㖞斜的产生，由于火热炽盛而化，致血虚阴亏、气血逆乱而然。

【辨证论治】

根据局部表现，辨病不难。一般单纯性疱疹，在全身、脉、舌上的反映，并不明显，一般总属风热上扰。

带状疱疹，务须严格区别风热与风邪两型。前者接近于单纯性疱疹，后者则主在肝阳，但也有异于中风的㖞僻不遂。

·内治·

疏风清热法：适用于单纯性疱疹及风热型带状疱疹，常用方有疏风清热汤之类。

清肝泄热法：一般适用于带状疱疹的初期，常用代表方有龙胆泻肝汤、栀子清肝汤之类。

不过本方苦药过多，临用之际，可适当选用药物如：龙胆草、黄芩、山栀、柴胡、当归、生地、丹皮、赤芍、车前子、泽泻、六一散。

对风邪型的口眼㖞斜者，王旭高主张疏肝通络法，他在《西溪书屋夜话录》中谓："如疏肝不应，营气痹窒，络脉瘀阻，宜兼通血络，如旋覆花、新绛、当归须、桃仁、泽兰叶等。"

如其皮肤损害已经好转而颜面瘫痪者，可用牵正散。此方为面瘫常用方，不过本方药性辛燥，如气血两亏，或肝风过盛者，宜慎重使用。如一定要用，则须佐以大量养血药如当归、白芍、熟地、何首乌等。

·外治·

单纯性及风热型，可用赛碧散，植物油调敷。渗液多者，也可干扑。此方疗效尚可，唯一缺点是有严重的刺激性疼痛。如嫌疼痛，可用绿袍散，无论湿敷或干扑俱可。碧玉散也可以使用。

口眼㖞斜者，可在歪口的对侧（即左歪敷于右，右歪敷于左）涂以鳝血，干则屡屡润湿。取鳝血之法，先将鳝鱼尾部扣以细线，倒挂悬空，在头颈处将头剪下，用手向下捋，即可取尽鳝身全部血液。

·其他·

口眼㖞斜者，最宜针刺。取穴：颊车、地仓、合谷、太冲。备用穴：阳白、攒竹、下关、颧髎、行间、内庭。歪向左者针右，歪向右者针左。

【预防与护理】

（1）局部要保持洁净干燥。应严格忌口，禁食辛辣、热性、动风的食物。

（2）关心患者思想情绪，尽可能使其心情舒畅。

第三节　耳廓丹毒

《素问·至真要大论》："客胜则丹疹外发，及为丹熛疮疡"的丹熛，即丹毒。《诸病源候论·丹毒病诸候》解释为："丹者，人身体忽然焮赤如丹涂之状，故谓之丹。"《疮疡经验全书·赤游丹》上承《诸病源候论》而衍化为飞灶、吉灶等诸种丹毒，其中一定有耳廓丹毒在内。

耳廓丹毒和所有发生在人身各处的丹毒相同，不过损害区仅仅局限于耳及耳的周围而已。中医的丹毒与火丹是一个同义词，故《疡科心得集·辨大头瘟抱头火丹毒论》的抱头火丹，肯定也包括耳廓丹毒在内。

【临床表现】

发病前数小时或1～2天，先感全身不适、口渴、头痛、寒战、发热，关节酸痛，体温可高达39～41℃，小儿甚至可出现抽痉苔黄，脉数。血检则白细胞数增多。

局部病变：耳廓上部及外耳道口，甚至整个耳廓出现略高出皮面的水肿性红色大片损害，边缘明显，表面光红发亮，触之坚实有灼热感。按之即褪色，但去压后很快恢复红色。有自发性疼痛及烧灼感，压痛不明显。有时出现浆液性或脓液性的水疱。病变区可扩大到整个耳廓。此时耳廓红赤肿胀，外耳道口肿胀狭窄，甚至影响听力。严重的病变还可向耳后头皮及耳前面部蔓延，即成中医的抱头火毒。颈部亦有淋巴结肿大。

全身症状：开始时比较严重，之后逐渐减轻。少数病例可有食欲减退、恶心呕吐等等。经治疗后可逐渐减轻，直至恢复。

舌苔白腻或黄腻。脉象初期多数、浮、洪；病情达高峰时脉大、数；恢复期为平脉。

【病因病机】

风热毒:《疡医准绳·丹毒》上禀《诸病源候论》的学说,认为:"皆风热恶毒所为。"

火心:《外科正宗·火丹》:"心火妄动,三焦风热乘之。"

心肝两火:《外科真诠·丹毒》:"赤游丹,属心肝之火。"

膀胱风热:《外科启玄·吉灶丹》:"是足太阳膀胱风热。"

肠胃风热:《外科启玄·鬼火丹》:"是手足阳明经内风热。"

脾肺湿热:《外科真诠·丹毒》:"水丹,又名风丹,属脾肺湿热。"

天行热毒:《疡科心得集·辨大头瘟抱头火丹毒论》:"中于天行热毒而发。"

胃气虚衰:《外科真诠·丹毒》:"有由胃气虚极,致令虚火游行于外而发者,治宜补以降之。"

以上诸学,有些已不符于现代临床,尤其是"脾肺湿热、胃气虚衰"。

本病病因临床实况较单纯。不外乎肝胆经风热为患,不过风重于热者,大多在前期。热重于风者,大多在后期。

此外,如耳廓外伤、耳廓湿疹皮炎及化脓性中耳炎分泌物长期侵犯,也为常见的诱因。同时也值得注意的是,本病继发性感染有造成化脓性耳软骨膜炎的可能。

【辨证论治】

本症主要是先辨病后辨证。

风热上扰者,风性轻扬走窜,故以痒为主。红赤灼痛,以热为主。口苦咽干,脉弦、数,舌质红,舌苔黄腻。

热毒为患者,局部红、肿、痛、热四症严重,体温升高。脉数、大、劲,舌红苔黄腻。

毒邪内攻者,虽然十分少见,但热毒过于严重,治疗失时或失策,或过早外用收敛药,使毒邪欲泻无路,困兽内攻。此时壮热神昏,谵语烦躁,头痛,泛恶呕吐,便闭溲赤,舌红绛苔黄,也有出现黑苔,脉洪、数,甚至不驯。

·内治·

疏风清热法:常用代表方有普济消毒饮、化斑解毒汤之类。尤以化斑解毒汤精简有力。如:石膏、知母、黄芩、黄连、银花、连翘、丹皮、赤芍、板蓝根、牛蒡子、薄荷。

清热解毒法:适用于红、肿、热、痛四症严重的,常用方有黄连解毒汤之类。如:黄连、黄芩、黄柏、山栀、生地、赤芍、银花、连翘等。

清营解毒法:凡毒邪内陷者,需犀角地黄汤或清瘟败毒散之类。考这两方,后者是前者的加味而成,所以更适用于临床,常用药:生石膏、生地、犀角、赤芍、知母、玄参、连翘、丹皮、黄连、山栀等。如出现神志昏迷者,加清心开窍的安宫牛黄丸,服法每次一粒,开水化服。或泻热安神的紫雪丹,服法每天两次,每次 1.5 克,开水送服。

·外治·

一般可用碧玉散干扑,不限次数,粉落即扑。

严重者,用金黄散或青敷药,赋形剂可用开水或30%蜂蜜溶液,每天敷 2～3 次。

干老喜用玄明粉溶液湿敷。其法取玄明粉不拘多少,用温开水溶化,接近于饱和点。待凉后,用 4～6 层纱布蘸透,湿敷患处,随干随即加湿。此方疗效最佳。

【预防与护理】

(1) 局部注意洁净、干燥。多休息,不要过于疲劳。

(2) 禁忌一切发物、助湿食品及酒类、辛辣物,多饮开水。

第四节 耳廓血肿

耳廓血肿乃耳廓软骨及软骨膜间，有血液及浆液的潴积而成。《圣济总录·耳门》的耳肿，谓"有黄汁出而为暴聋之病"的描述，没有突出耳廓，所以很难认为是耳廓血肿。

《本草纲目·柳蠹虫》附方："耳肿风毒"，似为本病，但耳血管神经性水肿也是这样。

中医理论中离经之血外溢而又不泄出于体外者，证属于瘀，故《正体类要》的"青肿不溃"，倒确实属于本病。

【临床表现】

血肿大多发生于耳廓外侧面上部，也可能在耳甲腔，形成一个紫色或青红色圆形或卵圆形橡皮样肿物，压痛不明显。发生后一个短期中略有疼痛或胀感。所以《正体类要》描述为"青肿不溃，焮肿胀痛"。透光测验，呈晦浊不清而境界清楚，这是与浆液性耳廓软骨膜炎相区别的主要鉴别根据。

【病因病机】

外伤：《伤科汇纂·损伤总论》："压挤伤，意外所迫致也。"

瘀血流注：《正体类要·扑伤之症治验》："瘀血流注"、"瘀血攻注"。

气聚不散：《圣济总录·耳肿》："其经为风热所客，随脉而上，至于耳中。气聚不散，邪热攻冲，结瘀为肿。"

以上古人学说中以瘀积为最多的理论。临床常见有：

瘀血淤滞：大多为外伤之后，致血离经外溢，停滞脉络之中，成"死血"之血，气失运行，凝成血块而固定青肿。

正气不充，无权帅血：血随气行，气以帅血。一旦正气一虚，也能使气血双凝。《伤科汇纂》认为"气主嘘之，血主濡之。若伤损壅肿不退，色黯不消，元气虚也"。有时即使外伤致瘀，机体可以利用气行血流而自行吸收。所以胡氏又称："壮者气行则愈，怯者则着而为病。"

【辨证论治】

耳廓肥肿结实，肌肤色滞暗紫，有胀感或钝痛轻痛，加以揉按或压迫，即产生疼痛。更有诊断价值者为全身表现，凡脉舌正常，健康情况良好者，大多属于瘀阻腠理，血潴成肿。

凡耳廓厚肿，较柔软松弛，色呈苍白，并无或似有痛胀感觉，加以揉按或压迫反而舒服一些。脉舌及全身表现有虚象者，诚如《伤科汇纂》所谓："此元气怯弱也，怯弱所以不能运散瘀滞也"，属正气不足。

·内治·

凡实证，宜化瘀活血法，常用代表方有复元活血汤之类。如：柴胡、当归、红花、桃仁、赤芍、全瓜蒌、甘草、大黄等。

凡正气不足者，应气血双补，常用代表方有八珍汤。为散血化瘀，更可与逍遥散同进。干老认为十全大补汤比八珍汤更妙，因为内含肉桂，具有温阳消阴的作用，更利于气血的运行。常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、当归、白芍、川芎、熟地等。

另外，《医林改错》的补阳还五汤，不论虚实，俱可取用。

·外治·

初期：可采用热敷法。

外用药切忌苦寒阴凉，因为寒凉直折，更使"血遇寒而泣"，难以吸收，永留僵肿。故宜用

冲和膏，植物油赋形涂敷。此外可用紫金锭外敷。以上两者，均 8～12 小时换药一次。

必要时可穿刺，吸出内容物。

【预防与护理】

（1）注意局部保暖，尤其是在冬季。

（2）本身病变，虽非严重，但也应防止感染而转化成化脓性耳软骨膜炎。若处理不妥，易引起纤维性变，则耳廓将有永久性肥厚或畸形，如耳道边缘凹凸不平等等。

第五节　先天性耳瘘管感染

先天性耳瘘管，或应称先天性耳前瘘管，中医称为耳漏、耳瘘。大多发生于耳轮脚或耳屏的前上方。故《疡科心得集・辨耳痈耳菌虚实论・附》："耳漏生于耳根翎上"。上海土语，称聪明眼（洞）。约 1.2%的人有此瘘管，女性比男性更多，为 17:1。

这个小孔，是瘘管的外口，属于一种常见的先天性畸形，平时并无痛苦。大多为一侧，但也有少数为双侧对称存在者。一旦感染，就成为耳科病中的一个疾病。

它常为盲管，深浅不等，从几毫米到 1.5 厘米以上，大多为单纯的铳状无歧，和皮肤呈平行或轻度垂斜，也有途经迂徊分歧而可伸展到外耳道的深部。常位于耳屏与耳轮脚之间的前方，耳轮与对耳轮之间较罕见。管腔常有正常的分泌物，如若外口闭锁，则郁积腐化而发臭。这时加以挤压，即有白色牙膏样的干酪性物质溢出，有臭气。

一旦感染，则局部红肿、疼痛，酪样物化为脓性分泌物。排尽脓性分泌物，可以愈合，但常反复发作。因为盲管的外口大多在上端，管底在下，常使袋形腔中积脓，引流不畅，无法排尽，所以一经感染，即难愈合。正如《医门补要》谓之"兜脓"。

长期不愈者，瘘管附近肌肤会发生溃烂。如其管腔分枝多者，更易复发而难于愈合。

【临床表现】

平时无不适感觉，挤压时常有少量奇臭的白色粘稠性或干酪样分泌物从管口溢出，一般不引起注意。

感染后，即外口闭锁，局部肿胀、充血、灼热，疼痛也逐渐增加。自溃或切开后，排尽脓液，一切炎性症状，迅速减轻或消失。但也有反复发作不休者。《刺疔捷法・耳涌疔》、《七十四种疔疮图说・耳疔》中半数以上是本病。

炎症严重时，耳下区可有淋巴结肿大、压痛。还伴以发热、头痛、全身不适等症状，但为时不长，至多 2～3 天。舌多黄苔，脉大、浮数。

【病因病机】

常因盲管中干酪样物质长期存在，使该处经常湿润，故容易发酵霉腐。一旦因肝胆经积热上犯，外受风邪，于是风热相蒸化为热毒而发作成疡。

【辨证论治】

首先辨病，根据局部的红、肿、热、痛、化脓与所犯部位及以前就有瘘管，不难指出本病。同时根据《灵枢・痈疽篇》："热胜则肉腐，肉腐则为脓"的理论，无疑是热毒所致。但轻重程度不同。

因为病在耳廓，隶属肝胆经，所以也强调为肝胆经积热蕴毒。

・内治・

一般用清热解毒法，轻症宜五味消毒饮。常用银花、连翘、野菊花、蒲公英、紫花地丁、赤

芍、天葵子等。

重症当用黄连解毒汤。常用黄连、黄芩、黄柏、山栀、银花、连翘、生甘草等。

更针对于肝胆两经者,常取用代表方龙胆泻肝汤。常用药:龙胆草、山栀、生地、赤芍、当归、车前子、泽泻、茯苓、竹叶、碧玉散。

·外治·

初起,用青敷药。已成脓者,应切开被闭锁的瘘管外口。必要时扩创,使脓液顺利排泄干净。

初期取用五五丹,外贴小膏药或黄连膏纱布,但后者远远不及前者的密封性强,尤其是在生肌阶段。因为有密封性的可以产生自然的氤氲之气,有利于加速愈合。当然,皮肤过敏者,那就不利于小膏药而必需黄连膏了。

必要时可插药捻子。之后,随炎症的消退,五五丹改为七三丹、九一丹。最后用生肌散,外面仍然盖贴小膏药及黄连膏纱布。对反复发作感染的瘘管,宜用手术切除。

此外,也可采用中医传统的腐蚀拔管法。方法是取药捻子(大小、长短、粗细根据管腔的大小深浅而定),先将小膏药药粉擂上,再粘上适量的白降丹粉剂,插入管内,并须注意,插捻子必需直插到底,要求盲管底端不留丝毫余隙。外面用小膏药密封,隔 24 小时后,拔出捻子,即有一层腐败物附着于捻子上面。此时瘘管腔已相当大,肉芽干净。然后改用生肌散,每天换药一次,至愈合为止。

白降丹可使局部疼痛,必要时可掺入普鲁卡因粉末适量,比例最好为 1%。

炎症消失后可采用手术摘除。手术前应在瘘管内注入亚甲蓝。一般采用局麻,围绕瘘管作梭形切口,分离瘘管周围组织。凡见到亚甲蓝着色或未着色的管壁及疤痕组织,均予全部切除。手术必须彻底,以免瘘管组织残留而再度形成。一般术后创口一期愈合,少数创面过大而无法缝合者可考虑植皮。

【预防与护理】

(1) 患有先天性耳前瘘管者,平时注意不要对它揉抚挤压。

(2) 感染以后,及时医治,及时换药,保持清洁与干燥。

第六节　耳廓软骨膜炎

本病为耳廓软骨膜的炎性病变,多发生在含有软骨的耳廓部,不累及耳垂,因此处无软骨。

本病可分浆液性与化脓性两种,后者比前者严重。《疡科选粹·耳发》:"耳轮生疮,是名耳发疽。"这是泛指两种软骨膜炎而言,甚至还包括其他的耳廓外科病。

《疡科准绳·耳部》:"耳轮生疽,何如?曰是名耳发疽,属手少阳三焦经风热所致。六七日渐肿如胡桃"者,可能指浆液性者而言。又曰:"或如蜂房之状,或赤或紫,……,十日刺出黄白脓者生。刺之无脓,时出鲜血,饮食不下,神昏躁者死。"则似乎指化脓性而言。兹将两者,分别讨论如下:

浆液性耳廓软骨膜炎

浆液性耳廓软骨膜炎主要表现为耳廓局限性肿胀,病变为软骨和软骨膜之间有血清渗出,使渗出物形成囊肿样隆起。故又称耳廓软骨间积液、耳廓囊肿、耳廓假性囊肿和耳廓软骨

膜下积液等别名。中医称耳壳流痰。

这种渗出物的潴积，中医认为是痰。中医认为不正常的渗出物为津液浊化腐败所致，它潴留于肌体组织中而导致的白色肿物，习惯上称为流痰或痰注。

本病是一种软骨膜的无菌性炎症反应，因此预后良好。当然，也有转化为化脓性者，即较严重，不过这种病变在临床很难见到。

【临床表现】

本病都是偶然发现耳廓前上方有局限性隆起，如黄豆或花生米大小，继而逐渐扩大。局部发胀、发痒、有灼热感，但也有毫无感觉者。若受压迫，则感疼痛。好发于耳廓外侧面上半部，常单发在一侧。

皮肤正常，轮廓无皱摺。局部柔软有弹性，波动感明显。这种肿胀，亦可在较长时期内呈静止状态。

透光测验，呈清澈透明，如有红色者，乃耳廓前后的正常组织，故与血肿十分容易区别。可以穿刺出淡黄色胶水样粘液，但很快又有新生的浆液渗出填充。

一般无全身症状，脉诊、舌诊上无特殊反映。

【病因病机】

风湿热毒：《疡医准绳・耳部》："大抵风湿热毒。"

血虚生热：《疡科选粹・耳发》："血虚生热，或肝经燥火生热。"

中气虚者：《疡科选粹・耳发》："中气虚者。"

本病病因，古人分析，俱难言之中的，与临床上殊感枘凿。唯中气虚者，在少数病例中，可能如此，因为脾虚气怯生痰之故。临床上的实况，不外虚实两者。

痰浊流注：属实证。不论六淫外感、七情内伤或饮食劳逸所致都可浊化津液而成痰。痰之为物，可随气升降，无处不到。耳廓皮单肉薄，也如四末一样，为气血罕到之处，缺少阳气的温煦，所以更易潴积停留，一经流注，势难运化吸收。《丹溪心法・痰》认为"凡人身上中下有块者，多是痰"。《张氏医通・痰》亦称"凡人身中有块，不痒不痛，名败痰失道"。所以《杂病广要》把这种"不痛不红，不作脓者"的肿物，目为"痰注也"。

脾虚生湿，湿郁成痰：属虚证。脾主运化水谷精微，虚则运化功能衰弱，致内湿自生。由于内湿的停滞，则脾阳更加失振，脾阳困顿，则运化更受障碍。于是水谷精微不化津液而化为痰饮，所以有"脾为生痰之本"之说。这种属于虚证的痰浊，也同样能流注各处，潴积停留为患。

【辨证论治】

实证的痰浊流注和虚证的脾虚生痰，两者区别以全身症状及脉舌为重点。

实证，全身表现和舌、脉均为正常。虚证则或有腹满易胀，肠鸣便溏，消化不良，四肢困乏，口粘不渴拒饮或渴喜热饮，舌苔白腻，质胖嫩淡，脉缓。

局部表现：实证肿胀较为结实，波动感明显，肤表比较紧张。虚证肿胀松弛，柔软如绵而缺乏弹性。

・内治・

痰浊流注者，应散结消痰，常用代表方有二陈汤及其衍化的方药，其中以王氏二陈汤最适合。如与三子养亲汤合用更妙。用丝瓜络引子，使药力直达耳壳。常用药：陈皮、茯苓、甘草、白芥子、苏子、莱菔子、丝瓜络等。

脾虚生痰者，当健脾扶土，待脾气一振，痰自消散，常用代表方有六君子汤之类。常用药：

党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、甘草、浙贝、桔梗等。

实证中如其挟风热者，加白僵蚕、柴胡。挟有瘀滞者，加丹参、归尾、乳香、没药。

·外治·

一般可用热敷。

有僵化情况者或脾虚所致者，可用艾条熏灸。

在无菌操作下，抽去液汁，然后加以压迫固定，为最佳良策。

敷药切忌苦寒，宜用冲和膏或季德胜蛇药涂敷。

【预防与护理】

(1) 未病时注意外伤。平时禁忌揉捏。

(2) 冬天注意保温。

(3) 抽液后注意感染。

化脓性耳廓软骨膜炎

本病中医谓耳阕、断耳疮。1985年版《高等医药院校教材·中医耳鼻喉科学》(即第五版教材)编写时，新添此病。但苦于没有中医的适当名称，经过讨论，乃决定采用干老建议而名断耳疮。《诸病源候论》最早谈到断耳疮。考“断”字固然有折断的解释，但还有断送的意义，所以断耳的含义，是言它的后果可以断送耳朵。化脓性耳廓软骨膜炎的后果，大多会断送耳廓，或成为畸形耳廓。

《说文解字》：“玥，墒耳也。”王筠解释为“盖谓因病而隋。”则断耳疮，又可称为玥或墒了。至于《书·吕刑》中的“刵”字，那不是由于疾病的原因毁去耳朵，而是人为的割去耳朵，绝非同一回事。

【临床表现】

主要特征是皮肤损伤，累及软骨膜，导致软骨膜发炎终至软骨坏死，是比较顽固的并且使病者十分痛苦的外耳疾病。

原发性化脓性耳廓软骨膜炎，先有耳廓灼热，继而肿胀疼痛。病情发展很快，迅速加重，呈持续进行性加重。可伴以体温升高，全身不适。疼痛与日俱增，甚至日夜不安，尤以夜间为甚。随着软骨膜下炎性渗出物的增多，耳廓呈弥漫性褐红色肿胀，并逐渐失去原来的轮廓。肿大明显者，其体积可比正常的大2～3倍。由于肿胀延及耳后皱襞，使耳廓成为“招风耳”。严重的外耳道口因肿胀而闭锁。之后软骨膜下脓肿形成，触诊有波动感。一般局限于耳廓的凹面，但因软骨的破坏而侵及两面。最后，全部软骨腐烂蚀尽，仅仅留下没有软骨之处的耳垂。至此，则疼痛、腐烂或全身症状也随之而消失。

继发性的，大多由切伤、裂伤、烧伤、冻伤、耳针及浆液性耳廓软骨膜炎穿刺抽液所致。其全身症状很轻甚至没有。疼痛、灼热感、肿胀也很轻，唯一特征，是“蚕食”型地来腐蚀软骨，而且无法控制，所以进展较慢。最后也是以软骨全部烂完而告痊愈。

不论原发与继发，后期支撑的软骨全毁，甚至部分肌肤也全部消失，唯一剩下的耳垂，即使肌肤保存，因缺乏支架而逐渐卷缩，炎症消退后即失去原形成了一团疙瘩。

【病因病机】

风湿：《诸病源候论·断耳疮》：“风湿搏于气血所生。”

临床实况以外因来说局部的红、肿、热、痛及化脓、腐烂，全身症状明显，可谓风热毒邪。内因为肝胆积热，化火上凌。

另外，耳廓本身的外疡及一切外伤的转化，尤其是耳针盛行时，由于针刺时消毒不严引起的也为数不少。如南京鼓楼医院耳鼻咽喉科分析33例耳廓软骨膜炎，其中9例是由于耳针所引起（见1973年《新医学》杂志第七期）。又如中国人民解放军359医院五官科分析13个病例，其中7例为耳针感染（见1979年《江苏医药》杂志第九期）。

【辨证论治】

外伤与火毒热邪结合：诸痛痒疮，俱属心火。疼痛剧烈，热毒盛炽。热盛则肉腐，故蚕食腐蚀，很难控制。因本病不同于耳廓浆液性软骨膜炎的局部为患，它是肝胆积热，所谓"由之于内而形之于外"，故而可有全身症状出现。脉象，大多为数、大、实。舌苔多黄腻，严重的边、尖色红。

正虚邪难外托：凡年老、病后及禀体虚弱者，疼痛剧烈而毒难外出。局部干涩不焮，腐蚀虽然无法控制，但其进行则十分迟缓。这都说明是正虚邪盛，毒难外托。脉象，多为细小无力。舌苔薄白，质淡白无华。

·内治·

外伤与火毒热邪结合者，当清热解毒为法，轻剂代表方有五神汤。去牛膝，加白芷、防风、连翘。严重者，用黄连解毒汤或龙胆泻肝汤之类。

正虚邪不外托者，当扶正托毒，常用代表方有四妙饮。考此汤初见于《外科精要》，称神效托里散，后改称四妙，在《串雅内编》称四大金刚。常用药：黄芪、当归、银花、玄参、赤芍、白芍、生地等。

·外治·

创面贴黄连膏纱布，撒七三丹或九一丹。如脓少而不能浮腐者，改贴玉枢丹纱布，撒洋浮散或黑虎丹。

腐尽烂止而有新肉芽时，需贴黄连膏纱布，掺生肌散。

·其他·

西医采取早期全部耳廓切开，清理脓腔，随即填入预制的塑料片后，缝合切口。这样可避免以后畸形，我们认为也是一个办法。

【预防与护理】

(1) 每冬必发冻疡者，入冬注意防止两耳受冻。

(2) 做耳针治疗时，除注意消毒之外，还要注意防止损伤软骨。

(3) 一旦出现浆液性耳廓软骨膜炎时，要及时治疗。如为化脓性软骨膜炎者，要及时换药及注意消毒。

(4) 痊愈之后，遗有畸形者，可做整容。

第七节　耵聍栓塞

耵聍是外耳道正常的分泌物，诚如《诸病源候论》所谓"人身皆有之，轻者不能为患"。所以在正常情况下，不作病论。

在临床上经常遇到儿童甚至成人来就诊，据称是中耳炎。症状是耳中终年不干燥，耵聍如同黄凡士林一样的粘稠，擦去之后，不久又再生。这是正常的蜡状耵聍，其杀菌力特别强，所以不是病态。

本病中医历代有：耵耳、耵聍、结鞕（读bao）、结核塞耳、耳屎、耳墨、脑膏、泥丸脂、耳垢

之称。

《丹溪心法·耳聋》:"人耳间有津液,……结鞕成核,塞耳,亦令暴聋,为之耵耳。"这才能视为疾病的耵聍栓塞症,同时也有了专用病名。又如《千金要方·七窍病》、《本草纲目·弓弩弦》的耳中有物不可出,也都指耵聍而言。但也有把它称为耳痔者,例如《奇症汇·耳》:"有人耳内,生物如枣核大,痛不可动者。以火酒滴入,仰之片时,以箝取出,绝根,此名耳痔。"

【临床表现】

正常的耵聍,常为淡黄色片状物,一如白木耳。诚如《普济方·耳门》之"耳中津液结聚,如麸片之状,久之则丸结不消,或似蚕蛹"。所以对人毫无影响,相反地可利用它来防御外来物的侵入而起到保卫作用。

达到栓塞阶段,必然有结成块状的黄褐色或褐黑色的栓子,可以大到像花生米一样,性质坚硬。此时即可影响听力,故《千金翼方》认为"耵聍年久,耳聋"。本病亦可产生憋气阻塞感,《医门法律》:"聋病者,外气不得入内"的描写就是指此而言。甚至还有疼痛。如刺激鼓膜者,可发生耳鸣、眩晕,也有少数可引起反射性咳嗽。

如有水液进入,耵聍栓子即湿润膨胀,则一切症状更加严重。

【病因病机】

从《诸病源候论》开始到清末,基本上都是接受了巢氏学说。所以《兰台轨范》的"津液为风热乘,结鞕成丸"最有代表性。

耵聍本身就是耵聍腺的分泌物,所以中医称之为津液,一待干燥而成片,常因头位的改变、下颌关节运动和身体的活动而自行向外排出。但常因以下几种原因,使它不向外排出,反而积聚、凝结成块。这几种原因不外乎:尘土杂物侵入而构成其核心、习惯性挖耳、分泌腺分泌过旺、外耳道皮肤浅表性损伤等。

·外治·

处理的唯一办法,就是取出。体会《疡医大全》的"治耳屎凝结,难取"一语,可证明不论古今,都一致主张外治以取出。

确诊之后,先用黄连液滴入耳内,必要时每4～6小时滴一次,24小时后取出。西医取用苏打溶液滴耳,其作用较黄连液更佳。

【预防与护理】

(1) 平时勿掏挖耳朵。

(2) 耵聍取出后,要注意保持洁净干燥。

(3) 耵聍取出之后的短时期中,如厌恶外来声响过高,可以浮松地塞些消毒棉花,半天至一天后取出。

第八节　外耳道疖肿

外耳道疖肿,又称耳疖,也称局限性外耳道炎,为常见的耳科病。一般生于外耳道软骨部。它是一种容易被忽视的危险症侯之一。中医称耳疔、耳疖。古代尚有黑丁、耳疮、耳内生疮、耳痛生疮、黑疔、黑靥疔、耳茸疔、耳痈疔、耳门疔、耳涌疔、耳疔、耳定等病名记载。

《华佗中藏经》中"五丁"之一的黑丁,是有关外耳道疖肿最早的记述。

"丁"为疔、钉的古体字。因为疖肿中心坏死组织很坚韧,不易溶解,形成麦粒大小的硬物来作为中心,其名曰脓栓,其形似铁钉,所以称钉,也就是疔。黑未必名副其实的是黑色,因为

肾开窍于耳，肾在色为黑，发于肾窍的疔，称之为黑疔。诚如《马培之外科医案》所谓："疔疮名目甚繁，先贤以青、黄、赤、白、黑五色分别五脏之疔，已尽之矣。"至于《医宗金鉴·外科心法》的黑靥疔，其实也就是由黑疔一名演化而来。

疖者，节也，是形容它如结节的小疮。此名初见于《刘涓子鬼遗方》。《千金要方·丁肿痈疽》予以解释为："凡肿，根广一寸已(以)下名疖，一寸已(以)上名小痈"，可证明疖是专指小而凶的毛囊和皮脂腺的急性炎症而言。

至于《中藏经·论五丁状候》的"黑丁者，……使人牙关急，……祸必至矣，不可治也"，其实这是中医称为疔疮走黄的并发败血症，并非一般所有外耳道疖肿的常见症状与预后。

【临床表现】

本病多发生于外耳道软骨部分，常为单发，也有此起彼伏地连续发生几个者，但不会几个同时存在。

疼痛为主要症状，有时很剧烈，常为跳跃性痛，在张口、咀嚼、打哈欠时尤为严重。所以《外科大成·耳部》特别指出："黑疔生于耳内，一点，疼如锥刺。"因之常使患者彻夜不寐。伴有肿胀可使外耳道狭窄甚至闭塞，影响听力，同时还可由外耳道向外扩展。一般生于耳前壁者，于耳屏及其附近出现肿胀。发于耳下壁者，肿胀可波及到耳下。发生于耳上壁者，颧骨突起肿胀，更可累及乳突。

婴孩儿童因不能言语，则出现不明原因的啼哭不安。

全身症状有发热、头痛、便秘。舌苔黄。脉象实、大、数、弦等。

疖肿顶部可有黄脓点。破裂后，即有脓液淌出。脓栓与脓液大多在起病后 5～7 天形成，所以《疡科心得集》称之为"一候"。位置较深者，则化脓也较晚一些。当栓脱脓出，剧疼即随之缓解，终至消失，红、肿、热，也相应同步减退。

有时可引起耳前、耳后或耳下的淋巴结肿胀、压痛。往往也随疖肿的形成、发展而明显，随疖肿的消退而吸收。

虽然它与化脓性中耳炎的剧疼很难鉴别，但当扯动病耳耳廓时，如是中耳炎则并无牵引而痛，而疖肿则剧痛陡然加剧。中期，在外耳道检查，如是中耳炎则无病变，如是疖肿则可见到肿物。泄脓之后，中耳炎的脓液是稠粘而牵丝如线，疖肿则不然。

【病因病机】

肾虚加风热：《诸病源候论》："足少阴为肾之经，其气通于耳，其经虚，风热乘之，随入于耳，与血气相搏，故生疮。"

丹石热毒：《医宗金鉴·外科心法》："有因服丹石热药，积毒而成者。"

肾经火毒：《增订治疗汇要·耳疔》："由肾经火毒而成者。"

肝火湿热：《中医外科临床手册》："肝火湿热，上蒙清窍，血凝毒滞而成。"

实际上本病无虚证，《诸病源候论》的"虚"，并非虚实之虚，乃空隙之意。

总之，本病不外乎热毒，唯开始时有风邪之诱。因耳朵位居少阳，属肝胆之域，所以肝经有郁火者，则更加严重。

【辨证论治】

头为诸阳之会，风为轻飘之邪，所以风邪最易侵犯头面，而且耳位于少阳经，肝胆伏热藉机助桀。

·内治·

初期，风重于热时，宜疏风清热，常用代表方有七星剑汤。常用药：银花、连翘、紫花地丁、

蒲公英、菊花、苍耳子、豨莶草等。

中期，热重于风时，当重剂清热解毒，常用代表方有黄连解毒汤之类。常用药：黄连、黄芩、山栀、连翘、赤芍、丹皮、夏枯草等。

肝胆火旺者，常用代表方有龙胆泻肝汤之类。常用药：龙胆草、黄芩、生地、丹皮、山栀、赤芍、车前子、泽泻等。

恢复期或热毒轻微者，宜甘寒解毒，代表方以五味消毒饮最为常用。常用药：银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、生甘草等。

·外治·

初期，用玉枢丹或梅花点舌丹，醋磨，直接涂擦于红肿隆起区。每天涂 3～4 次。

已溃者，用七三丹掺于创口，外塞黄连膏纱布。每天 3～5 次。

后期，改用生肌散，外塞黄连膏纱布。每天 1～2 次。

·其他·

针刺：百劳、肩井、合谷(同侧)。

【预防与护理】

(1) 平时禁止掏挖耳朵。

(2) 患病后，如在冬季，可在外耳道口塞以疏松的棉花球，使外耳道保持一定的温度。这样则易腐、易排毒而也易于愈合。

(3) 外耳道要保持干燥洁净。擦去污秽时，切忌粗暴或反复重擦。

(4) 在病起初期或疖肿未成熟之际，可于耳外部热敷。每天 3～4 次。

(5) 睡眠时，病耳宜在下侧，但要注意不要让其受到压迫。

(6) 疼痛较重难忍时，可针刺合谷、内关、少商穴以镇痛。

(7) 在愈合之初，必然产生轻微瘙痒感，切勿狂搔乱掐。

(8) 注意处理全身性诱发病因。

第九节　弥漫性外耳道炎

本病中医称耳疮，《素问·至真要大论》："诸痛痒疮，皆属于心。"第一个提出疮字的是《内经》，它是泛指肌肤、粘膜上肉眼所见到的化脓性损害。第一个论述到耳疮者，为《诸病源候论》。

耳疖肿与弥漫性外耳道炎的区别是前者为局限性的疖子，后者为弥漫性的感染。前者损害范围小而深，较为严重；后者损害范围大而浅在，较为轻缓。前者重于热毒，后者重于湿热。前者来势凶猛而病程不长，后者来势平和而病程漫长。前者多急性，后者多慢性。

【临床表现】

临床表现，可分急性与慢性：

急性者症状与疖肿相似，但来势轻而缓慢，症见外耳道深部皮肤轻度充血。之后渐呈弥漫性肿胀，皮肤由潮润而糜烂，但疼痛不及耳疖肿严重。分泌物大多为粘液性或浆液性，不若耳疖肿为脓液性，因为渗出广泛，肿胀也较严重、广泛，往往使外耳道狭窄，甚至完全闭塞不通。严重的不论充血、糜烂、疼痛、渗液及肿胀均较厉害，可有轻重不一的全身症状。颈部可有多枚淋巴结肿大。

慢性的，仅觉耳部不适或痒或痛，以痛为主。有少量粘液性或浆液性分泌物。检查可见

外耳道皮肤轻度潮红、粗糙、增厚。覆有薄脓痂，其下有少量脓液和脱屑。鼓膜浑浊、增厚、标志模糊，故易导致听力稍感下降。颈部常有淋巴结肿大，但无明显全身症状。

【病因病机】

风热为患：《太平圣惠方・耳内生疮》："风热乘之，与气血相搏。"

湿热夹风：热毒壅盛，兼挟湿浊，引动肝火胆热，循经上乘，蒸灼耳道，壅遏经脉，逆于肌肤而致耳道漫肿红赤，化脓成疮。

肝肾相火：相火和君火相互配合，以温养脏腑，推动各种功能活动。产生相火的脏腑有命门（肾）、肝、胆和三焦。但在过盛之下，即形成一种貌似实火而属于虚火的致病原素。耳为肾窍而肝胆环绕，肾、肝、胆俱有相火，故其上犯，则独趋耳窍。

【辨证论治】

湿热夹风：湿性虽下沉，但湿热交蒸，势必化火，氤氲之气则向上浮越，所以能痒能痛，损害区面积愈大，渗液亦愈多。更加风邪一煽，上犯头面则更多。

肝肾相火：相火属无根之火，诚如《罗氏会约医镜・相火论》所谓"火而无根，即病气也。可见火之标在上，而火之本则在下"。故而本型耳疮都见于成人，局部表现，充血灼热较甚，痒痛亦较显著，分泌物不多，这提示火旺水枯。全身症状有眩晕头痛，耳鸣耳聋，急躁易怒，夜寐多梦等，也重点表现于"上"。

・内治・

湿热夹风：应清热解毒，常用代表方有清营汤之类，但可除去犀角、麦冬。严重的也可用龙胆泻肝汤。常用药：银花、连翘、黄连、竹叶、生地、赤芍、山栀、车前子、木通等。

肝肾相火：宜滋阴潜阳。常用代表方有丹栀逍遥散之类，有时知柏地黄汤也可取用。常用药：知母、黄柏、生地、丹皮、山栀、当归、赤芍、菊花、枸杞子等。

・外治・

两者都可用绿袍散，渗液多的也可干撒，但宜少不宜多。渗液不多者，用植物油调匀，涂擦。

瘙痒严重者，可用加味黄连膏。

【预防与护理】

参阅"外耳皮肤炎"、"外耳道疖肿"的有关内容。

第十节　外耳道霉菌病

外耳道霉菌病系由霉菌引起的外耳道皮肤及鼓膜的感染。以其主要特征是耳中奇痒，故中医称为耳痒。古代无显微镜时，不知道有霉菌，但确有不少病例记载，还是比较详细的。

《石室秘录・耳痒》的描写，陈氏谓："耳中作痒，以木刺之，尚不足以安其痒。必以铁刀刺其底，铮铮有声，始觉快然。否则痒剧欲死。"另有两症，也似乎相当于本病，一为《疡医准绳》的耳疳，一为《冯氏锦囊秘录》的沍耳。

【临床表现】

主要症状为痒，故中医一向即以耳痒名之，但时有酸痛感。若外耳道深处和鼓膜感染霉菌，则可产生耳鸣及听力障碍。耳内常有薄层水样有霉酸味的分泌物。

检查可见外耳道壁及鼓膜上附有灰黄色或褐色、污秽膜样皮痂，也有白色或奶油样沉淀物，甚至如撕碎的白色吸墨水纸浸泡在水中一样，所以外耳道潮湿不干。去除污物后，可见皮

肤剥脱而充血，表面甚至出现溃疡或湿疹性皮炎。

严重者可使鼓膜穿孔，鼓室内有肉芽组织或息肉，甚至也有面瘫者。

剥落的表皮，用放大镜可以看到树枝样的菌丝及芽胞。

除症状和局检外，霉菌检查是主要依据。脉诊、舌诊，无参考价值。

【病因病机】

《证治汇补·耳病》："寻常耳痒，有风有火，易于调治。甚有耳痒不歇，批剔出血，不能住手，此肾脏风毒上攻于耳。"根据语气及临床对照，所谓"寻常耳痒"，指的即属本病。后者的"肾脏风毒"，则似乎为局限性的皮肤瘙痒症。

肝经湿热：本症以实为主，为肝胆湿热上凌所致。

脾经湿浊：脾经积湿上蒸，故外耳道常处潮湿之中。

【辨证论治】

辨证并不困难，凡奇痒而不太潮润者，必然是肝胆经湿热。凡潮润渗液，污垢物多而有气味，痒不甚者，以脾经湿浊居多。

·内治·

肝胆经湿热，应取清肝泻火法，常用代表方有龙胆泻肝汤或栀子清肝汤之类。常用药：龙胆草、山栀、黄柏、黄芩、生地、赤芍、当归、泽泻、木通等。

脾经湿浊者，应醒脾燥湿，常用代表方有胃苓散除肉桂或二妙丸之类。常用药：苍术、黄柏、茯苓、泽泻、薏苡仁、白术、六一散、竹叶等。

·外用·

黄柏水滴耳，每天3～4次。或喷绿袍散，每天2～3次。喷药前，必须予以彻底清洁耳道。

【预防与护理】

(1) 医用镊子、窥耳镜等必须严格消毒。

(2) 患病之后，要注意保持耳内干燥洁净。

(3) 小孩注意口涎、眼泪的侵入。

(4) 洗澡、理发、浴身，注意防止污水入内。

(5) 患病之后禁止游泳。

(6) 忌一切海味鲜发物、榨菜、芥菜、雪里红等食物。

第十一节　局限性耳内皮肤瘙痒症

本病是一种肌肤感觉失调性的疾病。其临床特点，除自觉瘙痒及因瘙痒致损的皮肤继发症之外，别无任何原发症状。中医称耳痒。

精神兴奋、疲劳过度、机械刺激、饮酒食辣等，会使本病加重。

该病临床上有两个类型，一为泛发性皮肤瘙痒症，它是泛作于全身各处。一为局限性皮肤瘙痒症，常好发于阴部、肛门、头部及外耳道。

古人常把外耳道霉菌病与本病混为一谈，实则两者的病因与治疗，绝无相同之处。

【临床表现】

病变区在两外耳道，以两侧同时发作者为多，但也有仅为一侧者。一般多见于老人，凡发于冬季者，春暖可愈；发于夏季者，入冬即轻。这种瘙痒，常在精神激动、入睡之前，阵发性发作。

局部检查，毫无病态。但由于搔抓频繁，皮肤常呈抓痕、血痂、色素沉着、湿疹化、苔藓化等继发性损害。

患者除自己感觉瘙痒及瘙痒所致的继发损害外，别无原发性的损害。

【病因病机】

肾家有风：《张氏医通》："耳中痒，肾家有风。"

肝肾有火：《疡医大全》等都认为是"肝肾之火结。"

火郁少阳：《慎斋遗书·耳痒》："耳痒，火郁于少阳也。"

正因为中医历来把本病与外耳道霉菌病混为一谈，所以上面张、顾、周三氏所指，很可能还泛指着外耳道霉菌病，不过以病机来对照，这两个学说毕竟偏重于本病。临床实况有：

相火偏旺：肾开窍于耳，肝胆之络附耳，一旦肝肾相火上炽，则奇痒阵作。《内经》认为"诸痛痒疮，俱属于火"。

血虚生风：本病多见于老人，可证多属血虚。血虚生热，热盛生风，风来致痒。因此痒是从虚而来，故而应无原发性的皮肤损害。

【辨证论治】

辨证主要根据全身症状及舌诊、脉诊。局部无参考价值。或谓血虚者皮肤多枯槁，相火者多充血，其实血虚既可生风致热，也可以充血。相火可以烁津，津枯也能枯槁。

·内治·

血虚生风者：应养血息风，常用代表方有四物汤加蝉衣、荆芥炭、茜草等。

相火偏旺者：应滋阴降火，常用代表方有知柏地黄汤之类。

·外治·

如有继发性皮损，可以用黄连膏涂擦。如瘙痒剧烈者，用加味黄连膏。

【预防与护理】

(1) 尽量不要去搔抓耳朵。

(2) 禁食一切动风辛热食物，如鸡、酒、芥菜、雪里红、榨菜、海味等。

(3) 注意控制情绪，减少兴奋及情绪波动。

第十二节　外耳道乳头状瘤

乳头状瘤，也称疣。属体表良性肿瘤，是皮肤或粘膜受慢性刺激所致。任何年龄都可发生，乳头状瘤最早记载于《诸病源候论》的"疣目候"。至于外耳道乳状瘤最早的记载，是《本草纲目·鸦胆》的"耳瘸疣目"，并注明转节于《太平圣惠方》。之后《疡医准绳》就有"耳蕈"、"耳痔"，《外科大成》有"耳梃"，《外科证治全书》有"耳菌"等名。又如《圣济总录》耳内生疮条中的"米疽"、《医林绳墨》的"停耳者，耳内有生赤肉"的"米疽"、"赤肉"都似外耳道乳头状瘤。

因限于时代，所以外耳道恶性肿瘤也难免混迹在这几个病名之内，例如《谦益斋外科医案·耳菌》中"程，阴虚阳越，耳内生菌，项间结核，兹拟壮水制阳。大补阴丸、白芍、玄参、牡蛎"一案，就是这样。

所谓"蕈"、"菌"，都是以其象形而言。所谓"痔"，痔者峙也，是指有东西屹立的意思，乃描摹瘤体的屹立突起而言。"梃"是长的木棍，《外科证治全书·耳梃》解释为："耳梃形如枣核，细条而长，努出耳内"。

【临床表现】

早期无自觉症状，唯常感耳内有异物感。仅见有扁平的硬实斑块，表面粗糙。随后增长突起呈乳头状，此后即有明显的感觉。有时有微痒，抓破后易出血和并发感染。可单发，也可多发。

乳头状瘤生长缓慢，但少数病例也可发生恶变，特别是老年病和容易经常合并感染者。

局部检查可见肿瘤体多充塞于外耳道软骨部，多数的基底部有蒂，所以蕈、菌等名称都指此而言。也有瘤体较长而露出于外者，那就是耳梃了。瘤体大小不一，表面干燥较粗糙，潮润时轻度充血。

诊断依据：在外耳道内见到符合于上述症状的疣赘状物时，诊断就可成立。但是准确的诊断，必须借重于活体组织检查。一般患者年逾四十或多次感染发作者，为慎重计可以作病理检查。例如《柳选四家医案・环溪草堂・诸窍门》第一个病例的"耳菌最属淹缠，久久不已，防有血出翻花之变"，就是典型的恶变。

【病因病机】

风邪搏于肌肉：《诸病源候论・疣目候》："风邪搏于肌肉。"

肝肾湿热：《外科证治全书・耳梃》："此系肝肾湿热，郁于血分所致。"

风热血燥：《疡医准绳・疣》："属肝胆少阳经，风热血燥。"

肾气不荣：《疡医准绳・疣》："肝热水涸，肾气不荣，故精亡而筋挛也。"

怒伤肝：《中国医学大辞典》："怒动肝火。"

肝经湿气：《中国医学大辞典》："肝客湿气。"

临床实况一般为局部过于摩擦如掏耳等不良习惯所致。

如产生痛痒炎症者，大多为肝胆经湿热使然。

【辨证论治】

一般无辨证必要。如有湿热，势必红肿热痛，也有渗液作痒者。

・内治・

除肝胆经蕴有湿热者外，一般不需内治。

内治方法，可参阅"外耳道疖肿"。

・外治・

硇砂 3 克　轻粉 10 克　雄黄 10 克　冰片少许　研细如尘，水调成糊状，直接涂于瘤上。每日两次，以瘤体化消为止。

鸦胆子几颗，多少以瘤体大小来决定。去硬壳，用仁。加压，取压出的油涂于瘤体上面。约一天或两天，即疼痛及流水，甚至红肿。此时用棉签揩拭，即有白色片状小块屑随之而落。拭净之后，露出新鲜肉芽，有时也可能渗血。再如前法上药，也以瘤体消失为止。

如其外耳道潮润者，用新煅（强调新煅）的枯矾，研细，喷入外耳道内。每天擦去宿药，再上新药一次。待干燥后，再用第一、第二外治法。

取用烧烙法。事实上此法比以上几法都快速得多。

另外可取用摘除法。干老认为此法最好。感染后，参阅"外耳道疖肿"、"弥漫性外耳道炎"中的治法。

【预防与护理】

(1) 不掏耳朵，为最好的、唯一的预防方法。

(2) 患病后，参阅"外耳道疖肿"、"弥漫性外耳道炎"的有关内容。

第十三节　外耳道异物

【概述】

中医对外耳道异物，无一定名称，往往即以某种东西的侵入，称为某某入耳。例如飞虫入耳、诸物入耳、水银入耳等等。

《肘后备急方·第四十八》的治耳为百虫杂物所入方，可谓祖国耳科学中外耳道异物最早的一篇文献。之后《千金要方》中还有"治耳中有物不可出方，以弓弦纵(古文纵从通用，即散的意思，也即轻轻敲散的意思)一头，令散，敷好胶柱，着耳中物上停之，令相着，徐徐引出"，这种既方便易行，又无痛苦及危险的方法，在20世纪前是最好的手法。此外，在历代文人的笔记中，也屡屡言及，例如《物类相感志》载有"人或夜卧夏坐，多为百虫入耳为患，用两刀耳边以刃相击，作声，其虫必出"，这种方法，毕竟不是出之于医者手笔，事实上是不科学的。

【临床表现】

耳道异物可以发生于成人及小儿。异物种类很多，成年人因挖耳使火柴杆、牙签等进入耳道。小儿因玩要将豆类、砂砾、石子、煤块、塑料及谷物等塞入耳内。此外，小动物在睡眠时或纳凉夜坐之际侵入，如虫子、蚊、蝇、蚂蚁、小飞蛾等。在医疗工作中，有时也会把棉球、纱布条等遗留耳内。

有时因小孩的木然粗心，或异物物体过小，异物可以久留外耳道而无明显感觉。异物大的，即可产生阻塞感、听力障碍、耳鸣疼痛、作胀、头痛甚至反射性咳嗽、眩晕等等。如为活的小动物，则由于它的活动，耳内轰隆作响，由于虫子的横撞爬动以及病者自行掏挖，以致外耳道肌肤损害而发炎疼痛，更严重的可损及鼓膜。

至于检查，很为方便，在适当的光源下可以一望无遗。

【病因病机】

除了百虫入耳之外，很多儿童，喜将小东西向耳中乱塞。成人掏耳不慎，也可将小东西折断于耳内。在医疗事故中，也有不小心的医护人员把小敷料遗忘在内。

此外，战伤、地震及其他特殊灾害也可造成。病例固然不多，但常侵及深部，则已非真正的外耳道异物了。

【辨证论治】

外耳道异物很多，可分为两大类。一为无生命者，如玻璃球、铅笔心、棉花、树枝、果核、豆粒、泥块、火柴杆、牙签及小的塑料物等等。二为有生命者，如蚊、蝇、白蛉子、蚂蚁、蛆等等。

·外治·

外耳道异物应及时取出，但不可情绪急躁，手术粗暴，因外耳道四周都是骨壁，内侧为鼓膜。性急粗暴挖取，不但易损伤耳道而引起疼痛，而且并可挖破鼓膜或导致感染，故应沉着操作。除棉花、火柴杆、牙签等外，对坚硬、圆滑的异物一般不宜用镊子钳取，否则不但钳取不易成功，且可将异物推向深处。最好用耵聍钩钩套，沿异物的边缘慢慢深入，伸向异物的背面，将异物慢慢钩出。靠近鼓膜处，动作要加倍柔和、仔细，以免伤及鼓膜。

对小的异物不易取出时，可用耳道冲洗法冲出，但此法禁用于有耳道、鼓膜损伤或鼓膜原有穿孔者，以免增加感染机会。冲洗方法，我们也取用西医的一套常规。

对植物类异物，不宜用水，以免因其膨胀而更难取出。对植物类异物，可用钩子的尖锐部刺入异物体内，拉出。在越过外耳道峡部狭窄处时，要注意勿损伤耳道。

如外耳道已有破损或结有血痂者，应先予以清除，然后再取出异物。

活的生物异物，可以先滴入 75%酒精或植物油，使其丧失活动能力，然后用以上诸法取出。

对小孩则必须固定其四肢及头部，然后在清楚的视野下，看准异物位置，迅速而仔细地及时取出。对较大的孩子，应尽量耐心做好说服工作，使之能够合作。

取出之后，如发现皮肤有损伤者，可吹以少量的冰硼散或绿袍散。黄连液也可取用。

【预防及护理】

（1）要常教育孩子不要把小东西向耳朵里乱塞。

（2）成人必须戒掉用火柴杆及牙签之类掏挖耳朵。

（3）有了异物之后，立即到医院里由医生取出。

（4）取出异物之后的耳道，要注意保持其干燥与洁净。

第十四节　鼓　膜　炎

鼓膜炎，中医病名为耳痛。在祖国医学文献中无鼓膜炎病名，但其症在本草专业书中，被屡屡道及。如《本草品汇精要・食盐》："治耳中卒痛，蒸盐用之。"到现在民间还广泛使用盐卤来治疗耳痛。《本草纲目・磨刀水》："耳中卒痛，……滴入即愈。"又《本草纲目》的"木香"："耳内作痛，……纳入耳中。"又"恶实"："耳卒肿痛，……熬膏涂之。"又"箬"："耳忽作痛或红肿，……其疼即止。"又"商陆"："耳卒痛肿，生商陆削尖纳之。"又"鲮子"："耳卒热痛，……涂之。"又"鲮鲤"："耳内疼痛，……为末吹之。"《本草述钩元・鳝鱼》的"血，治耳痛"等等的所谓耳痛、耳中卒痛、肿痛中，即有急性鼓膜炎在其内。尤其《本草纲目・水银粉》的"底耳肿痛"，《本草纲目・桑螵蛸》的"底耳疼痛"的底耳，古人常作为耳的最深处的底部，当然是鼓膜了。

《奇症汇・耳》的"有人患耳中忽大痛，如有虫在奔走，或血水流出"，这很符合大疱性鼓膜炎的临床症状。

或谓中医文献对本病的记载实在太少，这并不否认。这个病是鼓膜组织单独的炎症，并不影响鼓室及外耳道，在临床一向比较少见，而且中医在古代缺乏条件来检查，也是不可避免的不足之处。

鼓膜炎，可分急性、大疱性和慢性肉芽性三型。慢性肉芽性鼓膜炎，中医也列入耳蕈、耳菌、耳痔病中。

急性鼓膜炎

【临床表现】

它是一种病患在鼓膜上的普通炎症，多为外耳道急性感染蔓延波及而致，也有因异物、腐蚀性物质或强烈药物的损害与刺激所导致。

一般症状，并不严重，唯感耳内有轻度刺痛或胀痛感，严重者可有轻度听力障碍或伴有低音调耳鸣。

若并发中耳炎，则疼痛剧烈，并有头痛、全身不适及发热等症状。

检查可见鼓膜充血，早期可见锤骨柄附近扩张的血管纹，继则逐渐向四周扩散，最后则鼓膜全部充血肿胀。若并发中耳炎，则鼓膜红肿、膨胀、光锥消失。锤骨柄被埋，所以标志不清。进入恢复期，则见上皮增生，脱落，但鼓膜无穿孔。

【病因病机】

风热上扰所致。

【辨证论治】

风性好动，浮游于上，耳窍位居头面，易招风邪袭击。热能致痛致红，所以鼓膜充血疼痛。若热势不重、风邪不剧，充血或疼痛，也不激烈，全身症状也较轻微。舌诊、脉诊的参考价值不高。

·内治·

常用法开始可疏风清热，代表方有牛蒡解肌汤。若风轻热重者，五味消毒饮、黄连解毒汤都可选用。常用药：牛蒡子、薄荷、银花、连翘、菊花、夏枯草、黄芩、山栀、赤芍等。

·外治·

用黄连液或黄柏液滴耳，每天3～4次。

大疱性鼓膜炎

大疱性鼓膜炎也属于急性鼓膜炎，它与流感的流行有密切的关系，其特点比一般急性鼓膜炎多一个大疱，故名。病变局限于鼓膜或接近鼓膜处的硬骨部皮肤，一般不会病及中耳。

【临床表现】

主要症状为突发性耳深部疼痛，多为持续性刺痛或胀痛，有时同侧的头部、颊部也剧疼。至大疱破裂才缓解或消失。

耳内有阻塞性的憋气、闷胀或耳鸣，听力障碍不明显。

大疱破裂，会间歇性流出少量血性或浆液性分泌物，体温微升或正常。

检查所见，外耳道深部甚至整个外耳道皮肤充血或肿胀。牵拉耳廓或加压耳屏，常有疼痛，严重的乳突也有压痛。鼓膜形态改变，松弛部膨凸，呈红色、暗红色或紫黑色。上有疱疹，其颜色、形态、大小、数目极不一致。疱内饱储由表皮下组织间渗出而积潴的黄色半透明液体。如其夹有血液，则呈红色。以后因积潴物的陈旧而转变成蓝色或紫色。这种疱疹，以单发性为多。它的形态，有圆形、卵圆形或不规则形状，大多在鼓膜的后上部或邻近的外耳壁，也可出现于膨出的松弛部的表层。

疱的内容物达到了饱和时，可以自行破裂，流出血性分泌物，所以鼓膜或邻近的外耳道骨部皮肤上常沾有血迹或血痂。之后可形成表皮层浅在性溃疡，这种溃疡，也不难愈合。愈合后也不留瘢痕残迹。

听力一般稍有减退。如鼓膜及外耳道充血、肿胀严重者，可出现传导性聋。

若继发感染，则可引起鼓膜穿孔，但临床上十分罕见。

【病因病机】

主要为肝胆经热毒所致，即使由于风热移传而来，但一涉肝胆经，则风热即无重要性了。因之治疗也即针对肝胆实热。

如其出血过多，则也可考虑营分有热。

【辨证论治】

主症剧痛，为热毒较盛。表证消失，说明风邪已化，当然也有仍夹风邪者。

血热者，渗液中夹血较多。

·内治·

凡风热兼盛者，需疏风清热，常用代表方为牛蒡解肌汤。常用药：牛蒡子、薄荷、银花、连

翘、桑叶、菊花、夏枯草等。

凡肝胆热毒所致者，当清泻肝胆经积热，常用代表方有龙胆泻肝汤、栀子清肝汤之类。如尚有风邪者，除龙胆草、黄芩，加蝉衣、桑叶、荆芥等药。

血热者，用清营汤或犀角地黄汤。常用药：银花、连翘、竹叶、黄连、生地、赤芍、犀角（水牛角代）。

·外治·

如水疱饱满不破者，可用消毒针头把它挑破，但要注意，挑破时不要伤及鼓膜。当然也可采取保守疗法，使其自行吸收而待其自愈。

用黄连液或黄柏液滴耳，每日滴3～4次。

慢性肉芽性鼓膜炎

本病是慢性特发性的鼓膜炎症，故又称慢性特发性鼓膜炎。本病与化脓性中耳炎的肉芽增生、恶性肿瘤有些相似，但只要治疗及时，预后良好。若是迁延失治，则有继发慢性化脓性中耳炎的可能。

本病在中医文献中，常常与耳蕈、耳菌混为一谈。

【临床表现】

本病发病缓慢，且无疼痛，或偶有痒感。基本上无何痛苦，所以病人很难说出起病时日。

听力障碍极微，有时渗溢少量无臭气的脓液。

肉芽或溃疡的炎症，仅局限于鼓膜表皮层或波及中层，不会达到鼓膜的粘膜层或邻近外耳道骨质层。所以它的病变表现也以局限性为多。

检查可见，外耳道深部局限性米粒大的颗粒样肉芽组织或浅表溃疡。这种肉芽组织可随鼓膜的活动而活动。周围有少许脓性分泌物。

乳突X线片，无异常病变。

【病因病机】

实证，肝胆积热，直犯清道。

虚证，相火龙雷，上凌肾窍。

【辨证论治】

肝胆积热，属实火。所以局部充血较明显，分泌物较多较稠。但主要依据还是在全身症状和脉舌。例如小便黄赤，皮肤巩膜发黄，腹胀厌食。舌多黄苔，脉常弦数。

相火又称龙雷之火，《百病辨证录》认为相火可致耳痒，故而本症有痒感。相火出之于肝肾，肝藏血，故容易出血。肾主水，相火旺则烁水，故分泌物不多。相火为无根之火，《罗氏会约医镜·相火论》认为“火而无根，即病气也，……故致游散不归”，所以疼痛或有或无。但主要根据在全身症状及脉舌。故本型病者常伴有眩晕头痛、耳鸣耳聋严重，急躁易怒，面颊、掌心等处经常灼热。脉细弦、舌质红绛等等。

·内治·

肝胆积热者，当清泻肝胆实火，常用代表方有柴胡清肝饮、栀子清肝汤之类。常用药：柴胡、山栀、丹皮、生地、赤芍、泽泻、茯苓、黄柏等。

相火上炎者，可用育阴潜阳法，常用代表方可取知柏地黄汤加菊花、夏枯草、苦丁茶。

·外治·

本病就中医名称来说，也可称为耳蕈、耳菌或耳痔，故也主张“除去”为是。

用药物者，用新鲜煅出的枯矾粉，先把外耳道清洁干净，然后把枯矾粉轻轻撒于肉芽上，可以多撒一些。每天一次。分泌物过多时，也可两次。

肉芽较大，可用鸦胆子，方法参阅上节“外耳道乳头状瘤”。

肉芽很小者，用冰硼散，用法同枯矾。

【预防与护理】

参阅“外耳道疖肿”的有关内容。

第十五节　蓝色鼓膜

【概述】

蓝色鼓膜，不过是一个症状而已。古代中医限于客观条件，从来不作局部检查，当然不会有此病的记载和论述。

即使西医也近在1901年才发现了此病，国内报道也在1963年起才开始陆续注意和研究。

发病常以单侧为多，好发于青壮年人，无性别差异。

真正的病变，在于鼓室，由于瘀血的积滞，鼓膜即透映出瘀血的蓝色或紫色。所以现在都称为特发性血鼓室。本病在临床上比较少见。

【临床表现】

起病缓慢而隐蔽，常为单侧进行性听力减退，虽然偶有耳鸣、耳痛，但多不明显。病人常因耳部闷塞、作胀、压迫感而求医。有时也间歇性流出粘稠的锈色液体，大多自耳咽管排出，所以也难以使人注意。

检查所见，鼓膜完整，色呈均匀的深蓝色或紫蓝色，常有轻度内陷。后上方则多向外隆起，活动度减退或消失。如穿刺吸液，可把积滞的瘀血抽掉，鼓膜颜色也立即恢复正常。但为时不久，又因积液再生而鼓膜易色。如鼓膜穿有小孔，则这锈色分泌物即自行流出。

听力检查，显示有中等程度的传导性聋，也有少数混合性聋。

乳突X线摄片多显示气化不良，密度增高，气房间隔模糊。

锈色分泌物检查，多无细菌生长。

本病与颞骨骨折的出血、肿瘤的出血及渗出性中耳炎后期的渗血要严格区分。

【病因病机】

实证为时邪流感，横袭少阳。

虚证为肝胆相火内燃。

不论实火或相火，最后俱能损伤阳络而血即妄行。虽然血已离经外溢，但无法突破韧厚的鼓膜而留困于鼓室之中。

【辨证论治】

不论是特发性出血或外伤性出血或全身性出血而假道于耳，都为阳络内伤，营血离经外溢，积潴困留，终必成瘀。再以望诊所见的深蓝色或紫蓝色，本来就是瘀证的特征。

《血证论·耳衄》：“耳中出血，谓之耳衄。肾开窍于耳，而肾脉却不能上头。肾与心交，假心之府小肠之脉，上贯于耳。为司听之神所居，其形如珠，皮膜包裹真水，是为神之所出，声之所入，内通于脑，为空虚之府，他物不得而扰之。即或肾虚，阴火上冲，则为耳鸣，肾水不足，则为耳聋，亦断无出血从此出者。其有血从耳出者，则以足少阳胆脉，绕耳前后，手少阳三焦之

脉入耳，相火旺，挟肝气上逆，及小肠相火内助，因得挟血妄行。”这是肝胆相火上炎所致的机制。

同时唐氏又称：“或因瘟疫躁怒，火气横行，肆走空窍，衄出于耳，总系实邪。”这也很符合由流感病所导致的中耳出血性炎症学说。

·内治·

凡发生于急性传染病之后，舌有黄苔，脉来有力者，当从解毒清营凉血为治，常用代表方为银翘散合牛角地黄汤化裁。常用药：银花、连翘、竹叶、牛蒡子、薄荷、生地、赤芍、水牛角等。

凡全身症状出现低热，颧红，五心烦热，急躁而易怒，舌红而干，脉细弦者，属肾虚相火内燃，治当滋阴清火，常用代表方有知柏八味汤之类，但还要佐以丹皮、赤芍等凉血散瘀药物。

凡病程过长，鼓膜由蓝色转成黑色者，当用化瘀法，常用代表方有通窍活血汤之类。常用药：赤芍、川芎、桃仁、红花、益母草、当归尾等。

凡炎症严重的，例如口干狂饮，大便秘结，小溲红赤，苔黄舌红，脉弦、数、实、大者，可以寒凉直折一法，龙胆泻肝汤可用。

·外治·

可以作鼓膜穿刺，抽液。

必要时作鼓膜切开，排液。

但两者都无法控制它的再生。

【预防与护理】

（1）有流感时，积极治疗。

（2）两耳保持干燥洁净，不宜经常掏挖。

（3）已病之后，更应注意卫生，并及时就医治疗。

（4）其他参阅以上外耳道疾病诸节。

第十六节　耳咽管异常开放症

本病是耳咽管失去了正常静态时的闭合功能，管腔及开口持续性开放，由此鼓室气压随呼吸气流升降，使鼓膜如活塞样的内外煽闪，产生如击拍声或风吹声的“呼”“呼”声。故中医称此病为耳鸣。

《角山楼增补类腋·心惊蚁牛斗》谓：“殷仲堪父，病虚悸，闻床下蚁动，谓是牛斗。”《百病辨证录·耳痛门》：“人有平居无事，忽然耳闻风雨之声，如鼓角之响。”以上两者，虽无理由武断地认为它是耳咽管异常开放症，但它的症状则完全相符。同时也可以体会出，它是“病虚悸”所导致的一种疾病。

本病在临床上并不多见，但是难以处理。

【临床表现】

主要症状，是随呼吸节奏的耳鸣，伴以自声增强，因为在讲话时声音直接由开放的耳咽管进入耳中以及呼吸时的气流冲击，所以患者感到耳内有很强的自声与呼吸声，有时还可听到鼓膜的煽动声。在平卧或弯腰低头时或在感冒期间上述症状可以暂时减轻或缓解。

此外，耳中还有胀满的感觉，如将鼻孔或耳道堵塞时，就可以减轻症状。

当用力擤涕时，可感到耳中作痛。当吸到凉气时，可以产生眩晕。

这种类似于“折磨”的疾病，使患者十分痛苦，所以多数患者，常伴有头痛、失眠、多梦、记忆力衰退、心悸等一系列全身症状。

检查所见，鼓膜完整，少数有菲薄感。观察时可看到鼓膜随着呼吸的节奏而同步一凸一凹的煽动。如令患者堵塞一侧鼻孔，并闭嘴急促呼吸，则煽动格外明显。

用听诊器(橡皮管或塑料管也可)一端插入患者耳中，另一端插入检查者耳中，检查者也能听到与患者同样的声音。

鼻咽镜检查，耳咽管开口成三角形，隆凸及前后组织可呈萎缩状态。

【病因病机】

气血两亏，无以营养组织。脾衰土怯，肌肉当然瘦削而萎缩。

【辨证论治】

脾主肌肉，所以肌肉的营养是从脾的运化吸收而得。一般而言，脾气健旺，营养即充，则肌肉丰盈，故《素问・阴阳应象大论》有“脾主肌肉”的说法。如其脾土一衰，则肌肉失去营养而萎缩，耳咽管周围组织一经萎缩，则紧张力减退，终使耳咽管无力完成完全关闭的功能。同时腭和耳咽管各种肌肉张力减弱，肌肉收缩力不良，耳咽管开口处洞开难闭。于是每逢呼吸大气的出入而呼呼有声。

中气，通常是指中焦脾胃之气和脾胃等脏腑对饮食的消化运输、升清降浊等生理功能而言。中气一衰，也能使神经麻痹，导致腭帆提肌麻痹或该肌的张力缺乏。《医方集解・益气聪明汤》项下谓：“十二经脉清阳之气，皆上于头面而走空窍。因饮食劳役，脾胃受伤，心火大盛，则百脉沸腾，邪害空窍矣。”《汤头歌诀・益气聪明汤》把这个理论，更提纲挈领地总结为“人之中气不足，清阳不升，则耳目不聪明”。因之可以说，本病除了该处及其周围组织为疤痕收缩之外，全属虚证。

・内治・

本病不尚外治，仅有内治。有人主张采用手术，于耳咽管咽端切除部分粘膜及软骨，然后再行缝合，使它恢复原状。但据一般实验，效果并不十分理想。

患有此病的人，多数体质虚弱，脉细乏力，甚至舌边有很深的齿印。治法当以扶正为主，除八珍汤、十全大补汤之外，以天真丸最为合适。常用药：党参、黄芪、肉苁蓉、白术、当归、川芎、白芍、熟地、茯苓、陈皮等。

由于疤痕收缩者，有人采用活血化瘀法，依据是疤痕组织之所以硬化，是由于纤维母细胞高度增殖，胶原纤维异常增生，胶原纤维间隙增殖的缘故，在活血化瘀药物的作用下即可受到抑制。中医传统理论是经络阻隔、气血凝滞所致，只要气血一行，则阻者可畅而凝者可疏。常用代表方如通窍活血汤、血府逐瘀汤等，为了加强药力，干老喜加三棱、莪术。

【预防与护理】

平时注意加强锻炼，增强体质，有助于预防本病。

第十七节　耳咽管阻塞

耳咽管阻塞一症，古人往往把它归划于“暴聋”、“气闭”、“气壅耳聋”等病种里。例如《卫生宝鉴》的“耳内气满”，《世医得效方》的“气壅耳聋”，《明医杂著》的“耳中为鸣，郁甚则壅闭矣”，《疡科选粹》的“气闭耳聋”，《类证治裁》的“气闭猝聋”等等，但以《罗氏会约医镜》的“耳闭”一名，最为中医界所乐用。故中医定此病名为耳闭、气壅耳聋。

本病可分急性、慢性两种，慢性耳咽管阻塞基本就是卡他性中耳炎或其初期。这里讨论的为急性，所以也称急性耳咽管阻塞。

【临床表现】

一般常产生耳内堵塞憋气、胀闷感，听力障碍，属于传导性聋。有时在擤鼻涕或喷嚏时的短时间里改善片刻。同时还可能出现耳鸣，自声增强。患者能听到自己的声音，像空谷回声一样，故《寓意草》描写为“外入之声，为其内声所混，听之不清”。

检查所见，鼓膜下陷，锤骨后皱襞及锤骨短突显露，光锥阔度减少或移位。音叉测验，韦伯试验偏病侧。

【病因病机】

风寒乱其营卫：《景岳全书·耳证》：“因风寒外感，乱其营卫而然”。

气结：《景岳全书·耳证》：“或因恚怒，或因忧郁，气有所结而然。”

肺受火烁：《温热经纬·疫证条辨·二十四》：“肺金之结穴在耳中，名曰聋葱，专主乎听，金受火烁，则耳聋。”

肺经风热痰涎闭郁：《医学读书记·耳聋治肺鼻塞治心》：“肺经风热痰涎闭郁之症，肺之络会于耳中，其气不通，故令耳聋。”

风入于脑：《幼幼集成·耳病证治》：“有忽然气塞耳聋，此由风入于脑，停滞于手太阳经。”

邪袭肺经，循经上犯：致清窍蒙垢而不空不清，难纳外来音响。所以《景岳全书·耳证》中强调“治宜顺气，气顺心舒而闭自开也。”

【辨证论治】

心虽寄窍于耳，肾虽开窍于耳，但在某种情况下可以与肺气联系，诚如《素问·病机气宜保命集·大头论·耳论附》所谓“耳者盖非一也。以窍言之、是水也，以声言之、金也，以经言之、手足少阳俱会其中也”。总之，中医学说，本来就是于“固定安排，灵活应用”八个字中求真谛。所以本病，完全属于气之闭，气出于肺，故也为肺经之病。因之很多是在伤风感冒，邪不宣泄，循经直犯聋葱所致。

·内治·

主要以宣泻肺经伏邪为主。《幼幼集成·耳病证治》强调“宜疏风消火”，确有其指导意义。

在常用方中，偏于风寒者，取荆防败毒散之类。常用药：荆芥、防风、桔梗、枳壳、柴胡、川芎、陈皮、路路通、茯苓、防己等。偏于风热者，取桑菊饮或银翘散之类。常用药：桑叶、菊花、薄荷、桔梗、银花、连翘、大贝母、杏仁、芦根、牛蒡子等。如其肺经蕴伏之邪较深者，三拗汤加菖蒲、路路通、葛根、蝉衣等。

·外治·

如配合吹张，则疗效更佳。一般一天一次或两次。

考吹张一法，最早出于《灵枢·刺节真邪篇》：“夫发蒙者，耳无所闻，目无所见，……必于日中刺其听宫，中其眸子，声闻于耳。……以手坚按其两窍，而疾偃其声，必应于针也。”马莳注谓：“以手坚按两鼻之窍，而急偃其声，倾则声必应于耳也。”张志聪也谓：“神气之通于七窍也，矇者耳无听闻，上窍之不通也，……以手坚按其两鼻窍而疾偃，其声必应其耳中之针，是耳窍与鼻窍口窍之相通也。”“偃”，乃停止呼吸而努力屏气之谓。《类经·刺有五节》中更注谓：“此验声之法也。”可知当时就已明了凭吹张时耳中的有声与无声以探测耳咽管的通畅与

否。尽管当时不知道耳咽管为何物，但"耳窍与鼻窍口窍之相通也"的认识，是十分明确的。

之后，明代《保生秘要》："完息以坐，塞兑，咬紧牙关，肺肠二指捏紧鼻孔，睁二目，使气串耳通窍内，觉哄哄有声，行之二三日，通窍为度。"清代《疡医大全》："耳聋诸药不效，惟静坐，闭气一口，捏住鼻头。早晚如此一月，气行即通。"则说得更为具体了。

【预防与护理】

(1) 平时注意加强体育锻炼，以增强体质，预防感冒。

(2) 病中，可以经常自行"捏鼻吹张法"，每天至少一次。也可做耳周按摩及导引。

(3) 如使用吞咽吹张法或导管吹张法，则必须注意以下三点：① 鼻腔有急性炎症或脓涕奇多时，忌做。② 吹张过程中需要耐心细致，动作要轻。遇有鼻中隔弯曲，妨碍导管插入时，可改用弯端较长的导管，由对侧鼻腔进行吹张。③ 吹气时捏球送气用力不能过猛，以防吹破鼓膜。

第十八节　分泌性中耳炎

本病的发病率较高，有人统计占耳鼻喉科疾病的 3%～4%，但在中医文献中始终没有它的病名，一般都归类于耳闭、耳胀和耳聋中。

考所谓分泌性者，就是中耳腔内积聚了分泌物，无论它是浆液性或粘液性甚至血样液体，均相当于中医所称的痰饮。这种积液，是败津腐津所化，积潴于体腔、空窍等处的疾病。

尽管中医一向无此名称，但古人对本病的论述还是极为丰富。例如《外台秘要・耳聋》的"其候聋而耳内气满"，《普济方・耳门》的"其候耳中浑浑焞焞，或耳由气满是也"的描述，都是分泌性 中耳炎的症状。

近年来本病发病率不断增高，尤其是在儿童中更为多见。有关资料表明，本病占学龄儿童体检患病数的 10%，占儿童耳鼻咽喉科疾病患病数的 3.6%。如不及时治疗，常致耳聋而无法补救。儿童年龄幼小，表达能力很差，而且本病又没有自觉症状及痛苦，又因小儿外耳道狭小弯曲，不能很好配合，所以即使就医，也易为医生所忽视。因之很多病例，因不重视、不注意而发展为粘连性中耳炎导致耳聋，贻害了国家的下一代。

【临床表现】

成人常感觉耳内有堵塞憋气感，有时还有胀感。所以《奇效良方》描写为"聋甚闷绝"，《景岳全书》描写为"或胀或闷"。听力减退，伴以鸣响，自声则相对增强。在擤鼻或加以按摩后，暂时可以改善，所以《冯氏锦囊秘录》观察到"以手按之而不鸣，或减者"，不过旋即作鸣阻塞如故。但在体位垂直时听力更差，平卧稍有改善。《医辙・耳病篇》的"如空谷之音"，是描述自声增强的自我感觉。有时有耳痛和眩晕，但较少见。儿童患者，多以家长发现其听力障碍而被注意。本病可以经久不愈，也可反复发作。

检查所见，早期鼓膜内陷，渐呈淡红色，失去正常光泽。松弛部及沿锤骨柄处充血较重，光锥模糊不清。如其鼓室内积液多时，则鼓膜反向外隆。常可透过鼓膜而移动。如其内容物并非浆液性分泌物而为粘液性，则无上述现象。在耳咽管吹张术之后，气泡更明显。

病程一久，鼓膜即衰退菲薄，松弛内陷，甚至紧贴鼓室内壁，造成大穿孔的假象。但也有病例鼓膜反而增厚，失去正常光泽，其表面出现乳白色斑块，称为"石灰沉着"，也称钙化斑。如鼓膜与鼓室壁发生粘连，则呈凹凸不平现象，用鼓气耳镜检查时，则活动度明显减退。

听力检查，一般有传导性聋，音叉测验，很难准确。韦伯氏试验偏患侧。吕内氏试验阴性，

但轻者也可阳性。施瓦伯氏骨导延长。

【病因病机】

本病主要特征是鼓室内被中医称为痰饮的分泌物所积潴占领而致。

所谓痰饮，就是败津腐液。尽管它的形成有不少原因，性质也有不同类型，但积潴在鼓室内的，仅有风邪之痰、湿浊之痰、脾虚之痰和肾虚之痰。

风邪之痰：风邪犯肺，肺气不宣，致津液不能布散，于是津液腐化为痰。外风与痰饮互结，风性飘浮，上犯空窍。《古今医鉴・耳病》的“挟风而聋者”，可能指此。

湿浊之痰：中州湿浊弥漫，也有饮食所伤，脾胃受损，于是水谷精微不能正常运化，聚湿成痰。痰湿郁蒸于下，则氤氲而飘然上凌，流注耳窍。《张聿青医案・耳鸣》洪左案，认为“耳窍闭塞，脉象弦滑，此肝风挟痰上逆，致浊邪阻塞清窍”者，可能指此。

脾虚之痰：脾气一虚，内湿自生。同时脾阳不振，不能温化水谷精微，致水谷精微不化津液而成痰。脾虚阳气难举，清阳即不升而阴霾笼罩空清之窍，痰即内停而潴留鼓室。《柳宝诒医案・诸窍》张案：“病后渐觉耳聋，……此由痰气阻塞清窍”一例，很符合脾虚之痰。

肾虚之痰：肾气不足，尤其是衰竭于阳。无阳光以制阴水，致水液泛滥成痰。耳为肾窍，故而循经上犯祸及于耳。《慎斋遗书・痰饮》认为“痰之本在肾”，虽然失之全面，但与肾的关系密切，是可想象得之。

以上四种，都是耳中痰浊一聚，郁结而积潴，故《明医杂著・痰饮》认为“郁则雍闭矣”。本来两耳为空清之窍，宜“虚”而忌“实”。痰浊一经留潴空窍，则窍即失去“空清”特色，当然闭、闷、胀、鸣、聋等等聚集而来。《冯氏锦囊秘录・方脉耳病合参》之：“耳之受声，犹空谷之受响，故耳之妙用，全在虚而能受也”，是指在正常情况下健康者而言。现则“浊阴遮蔽其窍，外声不得内入”而进入《景岳全书・杂证谟・耳证》的“窍伤则气窒，窒则闭也”的境界了。

【辨证论治】

・内治・

风邪之痰：凡病起不久，尚在急性阶段。耳中阻塞，听力下降，如在擤鼻或按摩后可以暂时缓解者，大多为风邪之痰。所以理应消痰为主，二陈汤是必用之剂，王氏二陈汤尤为有效。

风邪之痰，更有风热、风寒之分。不论风热、风寒，都是来于肺经，所以《温热经纬》的“金受火灼，则耳聋，……古云，耳聋治肺，旨哉言乎”。王氏的论点是：耳之能听，有赖于肺经位于耳窍的笼葱穴起的作用，所以一旦受邪，那就听力障碍。王氏此说，实承《素问病机气宜保命论》的耳聋治肺学说而来。致于治肺可获复聪的机制，《奇效良方》认为是“欲以开发玄府而后耳中郁滞通泄也。凡治聋者，适其所宜”。因之不论属热、属寒，俱可从宣肺着手。

偏于风热者，应疏风清热消痰，可用桑菊饮或银翘散合二陈汤。常用药：桑叶、菊花、薄荷、银花、连翘、防已、木通、陈皮、半夏、茯苓等。偏于风寒的，应疏风祛寒消痰，可用荆防败毒散合二陈汤。常用药：荆芥、防风、苏叶、桔梗、柴胡、前胡、陈皮、茯苓、半夏。不论风寒、风热，都应再加僵蚕、浙贝母等。

湿浊之痰：此型最多见于亚急性阶段，而且多有挟热者。《证治汇补・痰症》认为“痰即有形之火，火即无形之痰”，“痰之在内者，为涎、为饮、为癖……”。谓涎、饮、癖等物，就是不正常的败津腐液，所谓“火可炼液成痰”。《儒医精要》解释为：“譬如釜中之水，无火之时，清清冷冷，湛然无渣。火一举之，则湛然者皆为白沫矣。……热则津液之澄清者，亦随之浑浊而成痰矣”。这种痰可以潴留于人体各处而为患。故《证治汇补》又称“或留于脾胃，或渗于经络，……

或溢于咽喉”。这里虽然未说“或溢于耳中”，是因历史条件所限，无法想到中耳之故。

本型的分泌性中耳炎，当取清热利湿化痰法，可用五神汤合二陈汤。常用药：银花、连翘、黄芩、薄荷、桔梗、陈皮、茯苓、半夏、车前子等。若是饮食所伤而致者，则当修复脾胃及消痰，《类证治裁》健脾消痰法的栝蒌丸，似可加减取用。

此外以抽出液作依据：稀者用王氏二陈汤。常用药：陈皮、半夏、茯苓、炒枳壳、白芥子、甘草、白术等。稠者用温胆汤。常用药：陈皮、茯苓、半夏、枳壳、竹茹、胆星、甘草等。极稠者控涎丹。

脾虚之痰：久病多时，闭塞失聪，全身表现为消化不良，食欲不振，脘胀肠鸣，大便溏薄，甚至面色萎黄。脉软无力，舌质胖嫩，严重者可出现齿印。因为水谷精微生化于脾，脾土失健，湿即内生，于是水谷精微不化津液而浊腐成痰。当补脾健土，利气化痰，常用代表方有参苓白术散合二陈汤，又如补中益气汤、六君子汤等，也可择宜取用。常用药：党参、白术、茯苓、薏苡仁、山药、桔梗、半夏、陈皮、柴胡等。

肾虚之痰：局部表现，与脾虚之痰相同，唯有在全身症状及脉诊、舌诊上可资鉴别。本型大多为禀质虚弱，多冷怕寒，腰酸胫软，小便清白而频。脉沉迟微弱，舌淡苔白润。所以当从温阳补肾入手，常用代表方有附桂八味汤、右归饮之类。常用药：制附子、肉桂、熟地、山萸肉、山药、当归、茯苓、泽泻、枸杞子等。

这里补充一句，凡肾虚导致的耳鸣、耳聋大多取用滋阴益精方法，但分泌性中耳炎的鸣、聋多取温肾阳法，其故安在？因为前者阴津枯槁，非滋养不能润枯。后者为痰滞而僵凝，只能温化以通，如其一加滋阴，则寒凉内逼而更助其僵。

上面四者皆为“痰浊一聚，郁结为患”，故不论哪一型，都应兼取理气化瘀，开窍破滞的药品，诚如《寓意草·面论大司马王岵翁公祖耳鸣用方大奇》的“故以开窍为主，而方中所用石菖蒲、麝香等等及外援内攻等法者，皆为此而设”论点。

·外治·

初期，耳部可作热敷。

急性期过后，可及时施用耳咽管通气术。

积液太多时，可用穿刺，然后用细的吸引管将内存的粘液吸去。

【预防及护理】

参阅“耳咽管阻塞”的有关内容。

第十九节　化脓性中耳炎

化脓性中耳炎中医称脓耳、聤耳。聤耳一名，最早出于《诸病源候论》。但《东医宝鉴》则谓“暴聋谓之聤耳”，这是把聤耳一名，作为聋而不作为化脓性中耳炎的唯一特殊说法。

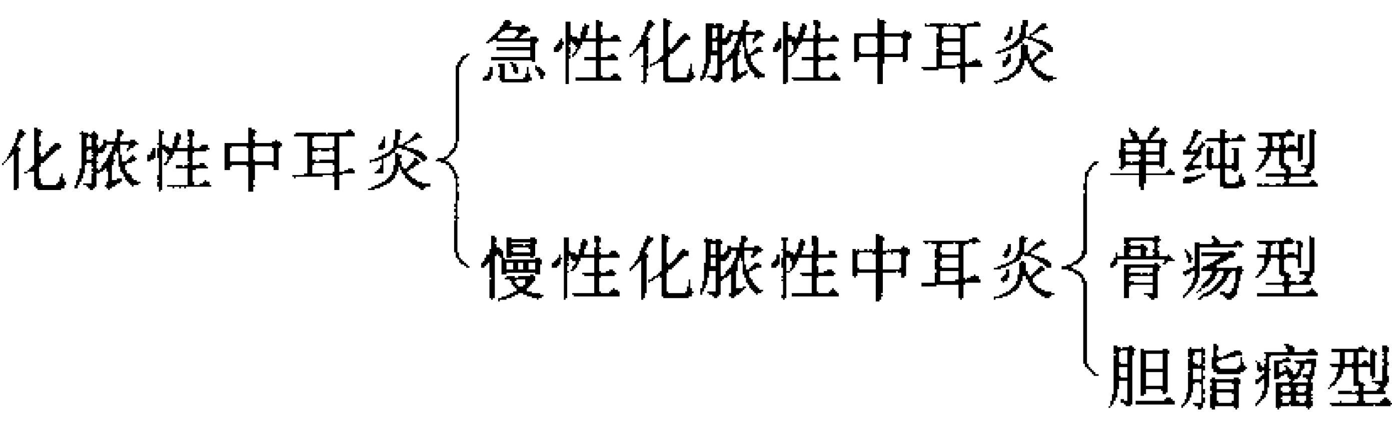
化脓性中耳炎的分型，自古有之，如《疡医准绳》把它分为五型，谓“停耳、亦曰耳湿，常出黄脓。有耳风毒，常出红脓。有缠耳，常出白脓。有耳疳，生疮臭秽。有震耳，耳内虚鸣，常出青脓”。《疡科选要》也仿他的五型来分划，内容相同。《疡医大全》的五型稍有出入。他把红脓的耳风毒，改为脓耳（全国高等医药院校试用教材《中医耳鼻喉科学》的“脓耳”，根据即在于此）。把生疮臭秽的耳疳，改称沍耳，还把震耳改为囊耳。有人认为还是震耳为是，因为《疡医大全》的原梓版（清同治庚午年敦仁堂刊本）是最粗劣不堪的巾箱坊版，错字之多无出其右，一定“囊”为“震”字之误刻，实则顾氏的囊字，乃从《冯氏锦囊秘录》中承袭而来，确是囊

字。《鲍氏验方新编》也作五型，与以上两书又有不同。

这三书的五型，大体如此：

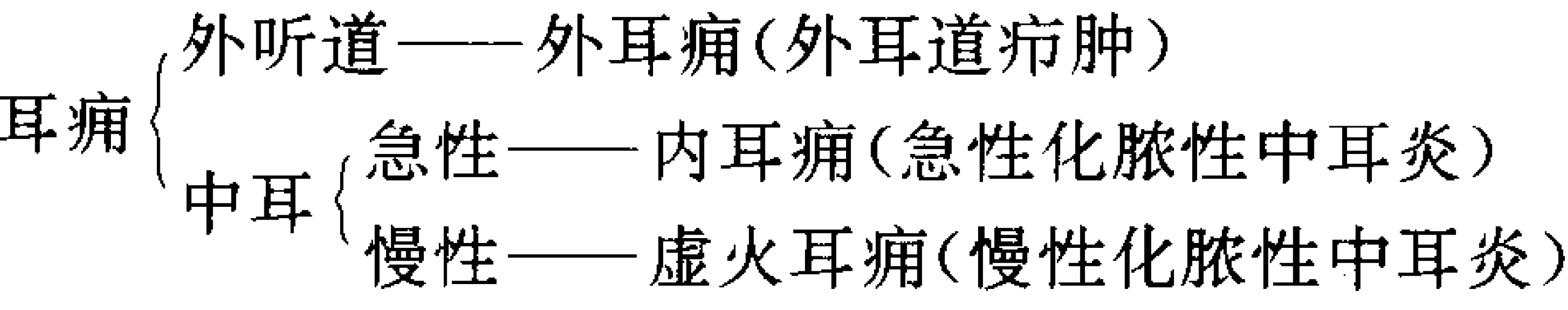
脓色和气味	青	红	黄	白	黑	臭
《疡医准绳》	震耳	耳风毒	停耳	缠耳		耳疳
《疡医大全》	震耳	脓耳	停耳	缠耳		耳
《鲍氏验方新编》	震耳	风耳	停耳	缠耳	耳疳	

现在临床上的分型，是：



此外，更有一型中耳炎发于初生儿，称为“初生儿中耳炎”。此病为初生儿在生产时因羊水或其他分泌物进入上呼吸道，由于第一次呼吸，使这种液体通过耳咽管而窜入鼓室所致，故有人也把它称为“异物性中耳炎”。不过此症不出现任何症状，唯在细致检查时可见鼓膜有轻度充血及紧张部膨出而已。一般也不需治疗，可以自行吸收而愈，所以很少引人注意。《诸病源候论》四十八卷中的“小儿聤耳候”一症，是否就是“初生儿中耳炎”？待考。

总之，现代的分型，在临床上更有其指导意义和实用价值。但高锦庭《疡科心得集》的分型，也已接近了现代化。他是这样分型的：



急性化脓性中耳炎

本病是中耳粘膜的化脓性炎症，病变常同时侵及粘膜下层及骨膜。

卫生习惯不好、慢性消耗性疾病、营养不良、感冒伤风等，对本病发生起着重要的作用。本病又是急性传染病表现之一，因此多在感染急性传染病时发生，诚如《温热经纬·疫病条辨·二十四》所谓：“凡温热暑疫等证，耳聋者职(责)是故也”。

患者以儿童为多，其原因为他(她)们的御邪能力较弱，故《古今医统》认为“禀气虚髓不充，六淫之气易来攻”。再则儿童耳咽管短、平、直、宽，易为外邪或呕吐物侵入。

【临床表现】

急性化脓性中耳炎，可分三期：

初期：为发轫期。也就是发生发展期。

体温升高，起病后迅速发热，头痛，全身乏力，食欲减退。小儿有时体温可以达 40℃以上，尤其是未满周岁的婴儿特别显著，甚至出现呕吐、腹泻等症状。如在麻疹恢复期间而体温再度上升，兼有耳痛、头痛者，必须考虑继发本病。这种表现，《外科正宗·耳病》概括地谓之“寒热交作，疼痛无时”。耳内疼痛，主要为患耳深部疼痛，逐渐加重，疼痛为搏动性、撕裂样、烧灼性的剧烈疼痛，并向患侧颞部广泛放射。故《医宗金鉴·外科心法·耳部》称为“痛如锥刺，引及腮脑”。咳嗽或吞咽食物时加剧。夜甚于昼，影响睡眠。待鼓膜穿孔脓泄之后，痛才缓解消失。听力减退，一般呈传导性聋，故《外科正宗》又谓“或兼重听”。常伴耳鸣，闭塞憋气

和自声增强。乳突触痛，这是邪毒走窜，侵及完骨而致。严重者可出现眩晕和眼球震颤。脉象舌苔，舌苔薄黄，脉弦、大、数。

检查所见：鼓膜锤骨后缘及鼓膜周围血管扩张，鼓膜标志可见。之后，鼓膜充血区逐渐扩大，以致增厚浑浊，骨柄及光锥消失，鼓膜也膨出或部分乳头样外凸。其中心可见小黄点。

中期：为高峰期，也即鼓膜待穿期。

全身症状，已达高峰。疼痛更加激烈。此时正是《普济方·耳门》所谓"聤耳、底耳、耳内脓出"的阶段。鼓膜膨出或部分乳头样外凸的中心处小黄点，由不明显而明显起来，不久即自行溃破出针尖大小的小洞，渗出物从此细小的穿孔中涌出。因其穿孔太小，妨碍畅通排脓，于是出现有节奏的搏动闪烁的分泌物，先为血清样，渐为粘液性，最后为纯脓性。

穿孔脓泄以后，不论发热或剧痛，都得以迅速衰退。故《疡科心得集》谓之"脓泻邪彻，自然热退痛止。"

后期：为向愈期，也即恢复期。

此阶段，不论自溃或手术切开而鼓膜穿孔，脓液畅泄之后，全身、局部症状很快消失。但过小的婴幼儿，症状消失远不如成人那样迅速，常可迁延两三天。

最后脓液由少而干涸，穿孔愈合，听力恢复，所以《疡科心得集》认为"其脓不能即干，必须十日半月收功"，但也有转成慢性者。

临床病程的长短和病情的轻重、机体的反应、正气的虚实、局部病变的严重性与复杂性、治疗的迟早得失都有关系，不同的经过，就有不同的结局。

临床上也有在鼓膜穿孔泄脓后，体温依然不能下降，情况未见好转，甚至再度出现耳痛的情况，这可能由于穿孔过小或所穿之孔被稠脓瘀塞闭锁造成，也有因高位穿孔而脓泄不畅所致。如果已经穿孔和外耳道排脓无受阻现象，反而脓量增多，有灯塔征、乳突压痛者，则必须考虑并发急性乳突炎。

通过适当治疗，穿孔应可愈合，听力多可恢复正常。但经过 2～3 个月而仍然不愈者，则说明治疗失时或不当而已转为慢性中耳炎，听力也有不同程度的丧失。正如《诸病源候论》所谓"聤耳，久不瘥，即变成聋也"。如果邪毒深入内陷，病及内耳，更可导致乳突炎等颅外并发症或颅内并发症。

【病因病机】

历来中医对中耳炎的讨论，往往不分急性慢性，而以慢性为主，所以传统学说暂付缺如。但临床实况有以下方面：

风热上扰：一般初期，大多都是风热上扰。

余邪移祸：也是在初期主要的病因，都是在患感冒、咳嗽、麻疹、猩红热、百日咳等呼吸系统疾病时的并发本病，尤其是在后期。属于以上诸病残邪余毒，循经上犯笼葱所致。诚如王孟英所谓"凡温热暑疫等证，耳聋者职是故也"（见《温热经纬·疫证条辨》）。

风邪化热：不管直接受的风邪还是邪毒转化的风邪，经过一个短暂的阶段即化热为患，出现这个情况，都是在初期进入中期一个阶段。

热毒为患：化热之后，出现的一般炎症，大多在中期或后期的前半阶段。

肝胆热毒：在中期的高峰阶段。它是热毒之邪由非肝胆族而转入肝胆族，所以它的炎症十分严重。血检总白分可增高。

湿热上蒸：大多在中期，但也可在初期之末、后期之初。

其他：如游泳、理发等水渍的入侵，虽然也是原因，但没有"内因"的存在，这种诱因作用

不大。

【辨证论治】

风热上扰：除局部疼痛及检查可以见到的病变之外，必然伴以发热头痛、四肢酸痛等症。

余邪移祸：必然先有原发性的疾病，然后耳痛出现。

风邪化热：全身及局部，俱有炎性症状出现。发病过程，也可作依据分析。

热毒为患：局部疼痛，全身症状明显。

肝胆热毒：全身局部诸症，比较严重，往往疼痛激烈，口干而苦，大便秘结，小溲红赤。脉数、弦、大。舌有黄苔。血白细胞计数增高。

湿热上蒸：主要表现，除全身症状的舌苔白腻、脉濡之外，局部的分泌物较多。

·内治·

风热上扰者，宜疏风散邪清热，常用代表方有银翘散、桑菊饮之类，常用药：桑叶、菊花、银花、连翘、竹叶、薄荷、芦根、夏枯草等。属风寒者，用荆防败毒散之类。常用药：荆芥、防风、桔梗、柴胡、前胡、枳壳、茯苓、陈皮等。

余邪移祸者，在治疗原发病的同时，适当地参用清热解毒剂，如甘寒的五味消毒饮。常用药：银花、连翘、菊花、蒲公英、生甘草、绿豆衣等。苦寒的黄连解毒汤之类。

热毒为患者，常用代表方有黄连解毒汤之类。常用药：黄连、黄芩、黄柏、山栀、银花、连翘、生地、赤芍等。

肝胆热毒者，常用代表方有龙胆泻肝汤之类。常用药：龙胆草、黄芩、夏枯草、生地、丹皮、连翘、车前子、茯苓、绿豆衣、山栀等。

湿浊上蒸者，常用代表方有四妙丸之类。也可五味消毒饮与五苓散综合取用。常用药：苍术、黄柏、薏苡仁、茯苓、泽泻、车前子、猪苓、连翘、六一散等。

·外治·

初期，尚未穿孔者，将盐卤高压消毒后，冷却。滴耳中，每天 3～4 次。或用鲜虎耳草，洗净，打烂取汁。滴耳，每天 3～4 次。或取活田螺一个，轻轻撬开靥盖，纳入少量冰片，静置瓷碗内，即有大量粘液分泌出。用粘液滴耳中，用法同前。如无大田螺，小的可多取几个。

如疼痛剧烈和发热经 4～5 天后仍不减退者，必然中耳内积脓过多。当予以切开。切开时，切口必须选择紧张部的最低处，利于泄脓通畅。

切开或自溃后，外耳道内脓液必须用吸引器或消毒棉花拭子清除，滴上黄连液，再用纱布条松松放于外耳道口，纱布内端应接触到鼓膜的切口，可利用纱布的虹吸作用而加强脓液的排出，每日更换 3～4 次。

《疡科心得集·辨耳痈耳菌虚实论》："耳内有脓时，不可用末药掺之。盖耳窍止（只）有开而无合，将药纳入，塞阻孔窍，脓不外泄。"高氏之说，确是经验的总结，干老也一贯反对耳中取用粉药的。

【预防与护理】

（1）初期高热时，多饮开水。考开水古称百沸汤或太和汤，《本草述》认为能"主治助阳气，行经络"。

（2）保持外耳道干净，但不能重拭重擦。

（3）睡眠时患耳应在下侧，同时注意不能受到压迫。

（4）如为小儿，在哺乳时，要采取适当的体位，即应竖抱而不能横抱。

（5）按时服药及换外用药。换药器具注意严密消毒。

(6) 换药时应嘱患者侧卧或将头倾向一侧肩部，并牵引耳廓，成人的耳廓可向后上方牵引，儿童则向后下，然后滴入或纳入药物。

(7) 忌进辛辣发物及酒类。病儿的乳母，也应忌以上诸物。

(8) 冬天滴用的水剂，应加温一些，温度需与体温相接近。简便法：在滴药前 10 分钟，将药藏在贴身的衣服口袋里。

慢性化脓性中耳炎

本病即是高锦庭氏所称的虚火耳痈。

急、慢之间的区别划分，除病变及症状之外，患病的时日也是一个重要依据。急性炎症后 2～3 个月(也有人认为只要 6～8 个星期)而尚未痊愈者，则归入慢性病中。

慢性化脓性中耳炎，不但经常反复发作，脓水浸淫，影响生活，而且更影响听力，严重妨碍学习和工作，甚至可以引起并发症。

本病发病率很高，特别是在学龄儿童中。依据病变的程度、性质，可分为普通型、顽固型与恶疮型三者。在习惯上前两者称为良性，后一种称为恶性。但此三型也可先后发生在同一病例中。

【临床表现】

普通型

本型相当于单纯型慢性化脓性中耳炎，又称粘膜型，其病变仅在粘膜，多数由急性转化而来。

一般症状，它的病程就是在静止期与发作期中交替进行。静止期中，中耳粘膜呈粉红色，不粗糙，无肉芽或角化病灶。检查所见，中耳比较干燥。鼓膜穿孔大多在紧张部。感染发作期，则粘膜水肿充血，分泌物增多。

不管在静止时或发作期，听力稍有减退，都为传导性聋，一般纯听力丧失约为 10～15 分贝。

两者的分泌物都为无臭气的粘液性，可以拉似丝状样。穿孔大的可以见到耳咽管的上端开口，同时也可以见到锤骨柄暴露或腐蚀。

顽痾型

本型相当于骨疡型，又称坏死型或肉芽型。

它常由坏死性中耳炎导致，炎症重，病程长，病变区广而深，常破坏骨壁和听骨。外耳道有恶臭的脓性分泌物，听力障碍比较严重，早期为传导性聋，但病程一长，则进而为混合性聋。

检查所见，穿孔多在鼓膜边缘或为无边的大穿孔。如尚有残余的鼓膜，则变质增厚。通过穿孔可看到鼓岬上或鼓室隐窝有肉芽组织或息肉样赘物。这种赘物，可以阻塞通道影响引流。乳突 X 线片示，除密度增加外，鼓窦区可见扩大或骨质破坏，因此本型最易引起并发症，故具有一定的危险性。

恶疮型

本型相当于胆脂瘤型，特点是伴有胆脂瘤的同时存在。它可分原发性与继发性两种。这里讨论的为继发性。

此型是经受慢性炎症的长期刺激、腐蚀，外耳道上皮通过鼓膜的穿孔，长入中鼓室、上鼓室、鼓窦及乳突腔内，以后上皮脱落、聚积成团，中心腐败分解变性，体积日渐增大，压迫和侵

蚀邻近骨质。此虽不是恶性肿瘤，可是危害性和严重性不亚于恶性肿瘤，常可导致各种严重的并发症，因之中医习惯性地称为恶疮型。

它的症状是，脓性分泌物臭而腥，但量很少。常伴阵发性眩晕，特别在头位急速旋转时、肿物突然压迫耳轮和耳屏时或突然用力擤鼻时，更加严重。有时出现面瘫，嘴向健侧斜偏。一受时邪新感，则诸症更加厉害。听力严重丧失。

检查所见，常发现鼓膜松弛部隐性穿孔，多有污秽物覆盖，故检查前必须清除。若大穿孔者，可见鼓室有肉芽组织，鼓室隐窝可见瘤体。用卷棉子可擦出很臭的灰白色胆脂瘤鳞片。如加以冲洗，则水中可见鳞状上皮和胆固醇组织。

乳突X线片示，有边缘整齐、圆形的胆脂瘤空洞。

本病很容易与慢性肉芽性鼓膜炎、中耳恶性肿瘤相混淆。不过前者病变仅局限于鼓膜，后者触之极易出血。应作活体组织检查鉴定。

【病因病机】

肾衰劳伤气血：《诸病源候论》："耳者宗脉之所聚，肾气之所通，足少阴肾之经也。劳伤血气，热乘虚而入于其经，邪随血气至耳，热气聚，则生脓汁，故谓之聤耳。"

肾气有余，积热上冲：《冯氏锦囊秘录》："实热者何？即肾气有余，积热上冲。"

湿浊停积：《诸病源候论》："水湿停积，搏于血气。"

余邪不彻，直犯聋葱：《温热经纬》："凡温热暑疫等证，耳者职是故也。"

胃湿与肝火：《医宗金鉴·外科心法·耳疳》："胃湿与肝火相兼而成。"

热毒：《普济方·耳门》："热乘虚而入于耳，……热气聚则生脓汁。"

小儿胎热：《外科大成·耳疳》："小儿胎热，或洗浴入水。"

风热：《外科真诠·耳痈》："风热者，内服加减消毒散加丹皮。"

阴虚阳亢：《外科症治秘诀·耳痈》："虚者乃阴亏阳亢。"

暑风：《外证医案汇编·耳疡》(第33案)："质阴虚，挟受暑风。"

肝风化火：《谦益斋外得医案·耳痈》："肝风易动，化火上逆，阻络伤营，耳痈成脓。"

真阴耗竭、相火亢盛：《疡医大全·耳痈门主论》："非醇酒炙煿，即怒火遏郁，更有色欲过甚，真阴耗竭，相火亢盛。"

临床实况，在一般情况下，以辨病为依据。特殊情况，则在辨病基础上结合辨证。大体上是这样：

普通型：大多为脾气中衰，气血两虚，故《保婴撮要·耳症》中把"耳出脓水"强调为"素虚羸"、"精血不足"。

顽痼型：大多为肾虚火旺，故《疡科心得集·辨耳痈耳菌虚实论》称为"肾经真阴亏损，相火亢甚而发"。

恶疮型：大多由于肾虚火旺进一步发展，成为"因肝胆怒火遏郁"(引《疡科心得集》语)而致。

【辨证论治】

普通型：脾气中衰，气血两虚，故而长期流脓，无法干涸。因气血不足，故脓不稠厚而清稀，有时色白粘如胶状牵丝。因无热毒存在，所以脓无臭气。另一特点是一经感冒伤风，必然急性发作，但又因正气不足而容易感冒，这说明正气一衰，卫气必然不固，卫气失藩篱之职，故而时感外邪，也无力抵御。局部的残余鼓膜和鼓室内粘膜色淡不红，因为它外无实热之火，内无君火、相火。同时也无明显痒痛，全身症状，一般不明显(急性发作时例外)。舌质可能偏

淡，也可肥胖而嫩、有齿印，苔薄。脉多濡细而弱。

顽痾型：病程必然缠绵旷日。因有相火内燃，故而脓有臭味。肾经一虚，听力自然下降。因无邪，所以无自声增强。全身症状及脉舌，可出现肾虚火旺的表现，脉象弦细，舌质偏红少津等等。

恶疮型：肝为将军之官，性急善怒，故而耳多疼痛，痛可侵及头脑。肝火内焚，故而脓量不多，这是水被火烁而涸。同时臭气浓郁而难闻，“五臭”中肝为臊臭，臊臭相当现代的尸臭。肝属风木，故而常有眩晕，而且情绪也易激动发怒。脉弦，舌质红瘦，薄黄苔。

·内治·

凡脾气中衰，气血两虚者，当补脾益气，气血双补。常用代表方有补中益气汤、益气聪明汤、参苓白术散、八珍汤、十全大补汤等，都可择宜取用。常用药：党参、白术、黄芪、茯苓、山药、当归、白芍、薏苡仁、陈皮等。

凡肾虚火旺者，当滋阴降火，常用代表方有知柏地黄汤（丸）、大补阴丸之类。常用药：知母、黄柏、生地、熟地、龟板、茯苓、泽泻等。

凡肝胆郁火所致，可从清胆肝入手，常用代表方有柴胡清肝汤之类。常用药：柴胡、山栀、黄芩、生地、丹皮、赤芍、夏枯草、白芍、当归、黄柏等。但胆脂瘤型骨质已破坏，决非内服药可以解决。应该手术治疗，切勿贻误治疗时机。

如上面所言“此三型可以先后发生在同一病例中”，所以各种治法与方药也应择宜选用，并非某型用某法。何况还有并发症、兼证等错综复杂的实况，更非一方一药所能应付。应考虑西医的手术或一部分外治方法，这才符合实情。

在急性发作期间，可按急性化脓性中耳炎处理。

·外治·

凡普通型和顽痾型，宜于保守治疗，有些外用药品可供取用。恶疮型绝对不应保守治疗，宜手术处理，否则养虎遗患，后害无穷！

干老不太主张重用外用药物，因为水剂则反使潮润而更难干燥，粉剂则与分泌物凝结成块，影响引流，如胶结成块，反成异物。

如其主张外用药者，可用核桃油（核桃仁，研烂，榨油去渣。每100毫升加冰片4克。但贮藏时间，不能超过3星期。用法，先清洁耳道，然后滴入1～2滴，每天2～3次）。

如有肉芽增生，可吹冰矾散。用法，先予清洁外耳道，用少量粉末喷入，每天1～3次。但特别注意的是当下次清除时，以见不到上次喷入的残留药粉为是。

单纯的鼓膜穿孔，在不发作期间（需连续干燥百天以上），耳咽管通畅良好者，可以考虑做鼓膜修补术。

发现胆脂瘤，则宜手术清除。

【预防与护理】

（1）患有本病者，最好做鼓膜修补术。如因各种原因而无法做此手术者，可常服补中益气丸以补气固卫，预防感冒和急性发作。

（2）如患感冒、伤风、咳嗽、鼻炎等上呼吸道疾病，要积极治疗。

（3）平时擤涕时不能用力。

（4）注意防止水液侵入耳中，患病时禁止游泳、潜水，同时洗澡尤其是沐浴、理发、雨中行走时也要特别注意，保护外耳道。在婴儿要注意防止其眼泪、鼻涕、口水等流入耳朵里。

（5）对婴儿要采用正确的哺乳姿势，即授乳时将婴儿取头高位授乳，切忌横位授乳。

(6) 禁止乱掐耳朵。

(7) 注意加强营养。

(8) 锻炼身体，以增强体质。

(9) 切勿乱用外用药。

(10) 工作、生活、学习环境不宜温度过高。

(11) 急性发作时，参阅急性化脓性中耳炎的“预防与护理”。

第二十节　粘连性中耳炎、鼓室硬化症

这两个病，都是中耳炎的后遗症。两者自有其区别，但就中医传统理论，基本是相同的，所以列在一起讨论。

粘连性中耳炎是急、慢性中耳炎尤其是分泌性中耳炎治疗失时、失误后的后遗症。鼓室硬化症是中耳慢性炎症愈合后遗留的粘膜硬化性病变。前者的病变，以机化粘连为主，后者以透明样变性、钙化为主。这两种病都为常见的致聋病种，临床较多见。

因为二者的主要症状为失听，所以中医一向隶属于耳聋一门。这两种病治愈率很低。宋代名医庞安常给人治病，莫不着手成春，门庭若市，还有不少著作，对祖国医学作出了不少贡献。可是他自己耳聋，却一无办法使自己复聪。所以元代郭翼(昆山人，曾献策于张士诚，未蒙采纳，乃归隐种田以终天年)在《雪履斋笔记》中谓：“庞安常愈人病如神，自患聋疾，终身不能愈。彼又岂少治聋之方哉。”

【临床表现】

主要症状，是听力减退，大多为传导性，也有吕内氏测验为短阳性者。这种失听，有的早期即停止发展，有的进行性加重，少数甚至可以全聋。

患者常有耳鸣，偶然也有眩晕。个别病人，还有耳道闭塞感、闷胀感，伴记忆力衰退。

检查所见，粘连性中耳炎，鼓膜完整，呈不同程度的内陷、浑浊、变厚、萎缩、疤痕或钙化斑等等。运动不良，甚至消失。如其原有穿孔者，也被半透明薄膜样新生上皮所覆盖，致鼓室内清晰可见，往往误为穿孔。少数大穿孔残存鼓膜的边缘，也可与鼓室内壁粘连。耳咽管吹张，常示通气不良。乳突 X 线片，多示气化不良。

鼓室硬化症，鼓膜常见有中央干性穿孔，很少病例无穿孔，且呈萎缩疤痕愈合，鼓膜增厚浑浊，并有片状钙化斑。咽鼓管功能，大多良好。

【病因病机】

气血凝滞，瘀结空窍。

【辨证论治】

本病着重于辨病。

本病为积液干涸而形成纤维增生，或炎症损害后的疤痕形成，但如患者正气充沛，气血流畅，也不致造成耳聋。

·内治·

本病以活血化瘀一法为最常用，因之王清任的通窍活血汤一类的方剂最有代表性。但本病治愈率不高，长期进药，亦感麻烦，因之可以用丸剂缓图。常用药有化瘀聪听丸。

化瘀聪听丸：肉桂 10 克　地鳖虫 30 克　归尾 30 克　乳香 10 克　红花 15 克　鳖甲 30 克　落得打 30 克　川芎 10 克　干地龙 30 克　三七 15 克　甘松 10 克　上药共研细末，水

泛为丸如绿豆大小。开水送服，每天 2 次，每次 6 克。

·外治·

采用手术治疗。

【预防与护理】

(1) 本病预防重于治疗，无论何种中耳炎，均要积极治疗，彻底根除。

(2) 手术治疗，也力争在早期进行。因为早期则鼓室的病变多为可逆性，常可以减少粘连与硬化的机会，从而改善或恢复听力。

(3) 配戴助听器对听力提高，有一定的帮助。

第二十一节　航空性中耳炎

鼓室内气压与外界气压失去了平衡，由此而导致中耳损伤，即可出现病态。航空性中耳炎正是因此而生，故又称耳气压损伤。事实上耳气压损伤的名称要比航空性中耳炎全面得多，因为还包括潜水作业者或低压舱内实验的人员也能患此病。现在航空事业蓬勃发展，所以相应患有此病的也逐渐增多。

历代无此病记载，现在一般对本病采用物理、手术疗法来治疗并加服中药。干老在临床实践中摸索出一条新的途径。

【临床表现】

临床上多见因坐飞机而得。因为鼓膜内外的气压变化，起于急骤之际，所以疾病的产生也突然。

当飞机上升之际，即出现耳鸣和突然的听力障碍，而且觉有薄膜密封耳道之感，周围一切音响陡然消失。

飞机下降时，出现不同程度的耳中疼痛，耳鸣、耳聋也更加严重，疼痛并可放射到颞部、腮腺及面颊等处。

最严重的可以导致鼓膜破裂，破裂时一声炸裂高响，即刻剧痛如刺，并可出现眩晕和恶心。

上述症状，可以维持 12 小时左右，也有达 24 小时者。患者的耳鸣、耳聋及憋气感长期不消失。不过来就诊者，一般急性症状基本都已消失。

检查所见，鼓膜充血。严重的鼓室内积液或积血甚至鼓膜破裂。

【病因病机】

《类证治裁·诸气》："天地之气，和则沴戾不作。生人之气，和则诸疾不兴。"所以人在正常环境中，根本就体验不出什么叫"天地之气"及"和"与"不和"。一朝不"和"，像航空、潜水病的"沴戾"就产生了。

为什么会出现这种气压损伤疾病？《杂病广要·九气七气》解释为"阴阳虽大，未离乎气，故通天下一气耳。人生其间，……一吐纳，一动静，何所逃哉，与气流通而已。故气平则宁，气不平则病"。本病正符合于人身在大气之中，一吐纳（指呼吸）一动静（指由平地升高到天空）的骤然变化，当然气失其平了。

【辨证论治】

当病人来诊时，一切急性症状，早已消失殆尽，唯有耳鸣、听力障碍和耳中憋气闷胀等等。

当时临床观察、理论分析，甚至病人的自我感觉，都是感到七窍之间互不相通的气闭。

这种症状完全符合传统理论的气滞。《医略·气论》认为"漏下百刻，气行五十周，出入升降，何有于病"。更证实气滞一证，产生于大气失调，是事所必然的。

·内治·

证属气滞，当然应调整气机。《太平惠民和剂局方·治一切气》中106首治气方、《医方集解·理气之剂》中28首治气方和《成方切用》中11首治气方都是内因或不内外因导致的气病，而这里纯粹由外因致病的气滞方药，独独付之阙如。所以笔者自拟升清流气饮来治疗此病。

本方中升麻、柴胡，同样是升清降浊，但后者还有除头痛、治耳聋的作用，因为肝胆之络附耳。木香、乌药有消积滞，辟邪气，导滞气功能，但前者更能止痛去胀感。青皮、蔓荆子，疏肝散结，破气止痛，而后者更有抑制脑鸣的特点。苏叶，散发风气，顺气化痰。大腹皮，协调寒热失和，疏瘀滞，开郁结。川芎，行气开郁上行头目，破瘀血，生新血。还有两味画龙点睛之药，用黄芪以益气，气盛则更能加强诸药的作用。用菖蒲以开窍，航空性中耳炎，正是窍闭的典型病例。

虚弱者及老人，倍加黄芪。高血压病者，慎用升麻、蔓荆子。重症者每天可进两剂。

全方十一味，不一定全部都用，可以根据病情删减。有特殊情况者，也可增添几味。

服药后症状消失，可再进六君子丸或补中益气丸维持量1周。

·外治·

如见鼓膜充血甚至破裂（临床上难得见到）者，不必加以处理只需保持其干燥、清洁。

【预防与护理】

（1）飞机起飞或下降时，可吃零食，使用吞咽、软腭运动、下颌活动等动作来减少得病机会。

（2）得病后，可以做自我耳咽管吹张术，不拘时间和次数。

（3）尽量多休息，保持周围环境的安静。

（4）保持情绪稳定，并注意按时服药。

（5）如有鼓膜损伤，则要注意保持外耳道的洁净与干燥，也可用消毒药棉松松地堵塞在外耳道口。

（6）如有鼓膜损伤者，注意淋浴、洗发时防止水液侵入。游泳是例所禁忌。

第二十二节　鼓膜穿孔

鼓膜穿孔，必须经过检查之后才能发现及作出诊断。中医的四诊（现在为五诊）中并无局部耳道的检查，因之古文献中，对此未置一词。

鼓膜穿孔，听力当然受到影响。但不至于聋，所以中医的"重听"一症中，肯定有鼓膜穿孔一病在内。

造成穿孔的原因，以化脓性中耳炎最多，次之为外伤。外伤中包括气压损伤、意外创伤、巨响冲击等等。一般可自行愈合，否则即遗留下一个空洞而永久存在，除非做人工修补。

【临床表现】

诊断不困难，只要在足够的光源下在耳镜里可以一望无遗。

其穿孔的大小、形状殊不一致，位置更各不相同。有时可全部破损，仅仅在鼓膜部残留一些边缘。有的穿孔很小，在不太仔细的检查中，甚至不能发现，这样的穿孔有人称为隐性

穿孔。

穿孔的位置在临床上极为重要，根据其位置，即可较正确地推测它的病变及其预后。大体上可分三种：中央性穿孔（即紧张部穿孔）；边缘性穿孔；鼓隐窝穿孔（即松弛部穿孔）。三者中预后以中央性穿孔为最佳，边缘性穿孔次之，鼓隐窝穿孔最差。若其切开不是自溃，那么切口时必须选好部位。

穿孔部位也能帮助诊断，例如梅毒性穿孔，常在鼓膜紧张部，一般为 2～3 个小孔，之后几个小孔即融合成一个大穿孔，致鼓膜大部分缺损。结核性穿孔，初期为多数小穿孔，晚期鼓膜大部分破损，且覆有灰白色肉芽组织。

·内治·

本病用内服药，作用不大。但在做鼓膜修补术期间，可进服正骨紫金丹，其作用是活血化瘀而促使加速愈合。曾有人实验，在修补时进服此丹与未进服此丹对照，进服者治疗期可缩短 1/4～2/5。

服法，每服一粒（重 9 克），用开水烊化饮服，每天分 2 次进服。

·外治·

凡鼓膜紧张部穿孔，干燥历三个月以上；中耳内壁无鳞状上皮；耳咽管及耳蜗功能正常；贴补试验听力提高的病者，可以采取鼓膜修补术。

【预防与护理】

（1）患有鼓膜穿孔者，需特别注意：保持耳中干燥与洁净；禁止游泳及注意水渍侵入。

（2）在修补期要注意：保持外耳道的洁净干燥；不要做剧烈运动及重体力劳动；注意预防伤风感冒，保持鼻腔呼吸通畅；不宜咀嚼硬的食物；其他参阅以上外耳道、鼓膜疾病的护理。

第二十三节　乳　突　炎

乳突炎中医称夭疽、锐毒。本病最早命名，首推《刘涓子鬼遗方》的杼疽发，其描写为“杼疽发项后，两耳下”。之后，名称很不统一，至《医宗金鉴·外科心法》采用夭疽、锐毒一名之后，即以此名作为正式的病名，原因是《医宗金鉴》为政府文献，几近经典权威著作之故。根据《医宗金鉴》的解释：“此二症，左为夭疽，右为锐毒，俱生耳后一寸三分高骨之后。夭者不尽天年谓之夭。锐者如锋刃之锐利，言毒甚也。”至于《灵枢·痈疽篇》的夭疽，则并非乳突炎，《灵枢·痈疽篇》早已明白指出“发于颈，名曰夭疽”。历来本病的名称有：杼疽、耳后附骨疽、耳后疽、化骨疮、首疽、耳后发、夭疽、锐毒、肾疳、耳后锐毒、外耳痈、耳后毒、耳后痰、耳根毒等。

化脓性中耳炎的病变，有时可超出鼓室范围，向四周扩散，产生各种并发症，乳突炎就是其中之一。它是乳突小房的粘膜和骨质的感染。这个解剖位置，即《骨释》所谓：“当耳之后上起者，曰耳上角，曰耳后上角”。

这耳上角与耳后上角最早的名称为完骨，《灵枢·骨度篇》：“耳后当完骨者，广九寸。”马莳注“耳后高骨，曰完骨”，则可知又名耳后高骨。不过用在这里的完，不应该读“丸”（Wan）而应读“兀”（Wu），意义也是和兀相同，是傲然孤高，所以有人认为完骨就是兀骨。《医宗金鉴·正骨心法要旨》称为寿台骨。《伤科汇纂》称耳根骨，可知祖国医学在古时也认为它是属于耳的一个组成部分。

《外科大成·夭疽锐毒》：“夭疽生左耳后，锐毒生右耳后，俱一寸三分。夭者妖变之物也，

属肝木。锐者锋利之器也，属肺金。”这个说法，是根据《素问·刺禁论》的“肝生于左，肺藏于右”而来的。中医有这样一个习惯，把同样一个疾病，以左右之分而把它分为两种病名，例如腹股沟淋巴结炎，左称鱼口，右称便毒；脓肿在臀部的，左称上马痈，右称下马痈等等，今后理应改革。《外科真诠·夭疽锐毒》：“左名夭疽，右名锐毒，名虽各异而左右耳后，俱属少阳胆经。”

乳突炎是颞骨乳突小房及其骨质的化脓性炎症，常可使乳突小房间骨骼发生充血性骨质疏松和压迫性坏死，终成溶骨性脓腔的病变，故比较严重。《医宗金鉴·外科心法·夭疽锐毒》谓：“得此两证（事实上是一个病），愈者甚少。”何故危险？余听鸿氏在《外证医案汇编》说：“最易内陷，在骨高皮薄肉少，空隙之间而近脑髓。”所以《伤科汇纂·寿台骨》认为是“耳根骨，致命之处”，并非没有根据。

乳突炎，大多为化脓性中耳炎的并发症，少数则是外伤等其他原因所致，此病多见于5～8岁的儿童。临床可分急性、慢性和隐匿性三种。

急性乳突炎

【临床表现】

急性乳突炎的症状与急性化脓性中耳炎症状相近，其临床表现为：

疼痛：大多急性化脓性中耳炎的后期向愈之际，或慢性化脓性中耳炎急性发作期中，在鼓膜穿孔泄脓之后，应得缓解，而乳突炎的疼痛较其为重。这种疼痛常在耳后深入，且向枕骨、颈、面、齿部放射，并觉有跳跃性疼痛及有弥漫性头痛，患侧更甚。诚如《疡科心得集》所描述的“半边头痛彻脑”。夜间加剧到难以入睡，儿童更是烦躁不宁。

听力：听力明显下降，常为传导性聋，比急性化脓性中耳炎更厉害，纯音听力的丧失常在30～60分贝之间。故《洞天奥旨·耳后耳下发》特别提到“发则耳聋”。

体温：可达39℃以上，儿童甚至可达40～41℃间，但也有不明显者，故而既有《洞天奥旨》的“凡生此疽（耳石发），多憎寒壮热”，又有《疡科心得集》的“微恶寒，微身热”的描写。在一般正常情况下，不论急性化脓性中耳炎或慢性化脓性中耳炎急性发作，在第三周左右（慢性化脓性中耳炎急性发作者，为期更短），体温应下降。这种情况，以儿童更为明显。

流脓：鼓膜在穿孔之后，脓液大量泄出，如为化脓性中耳炎，流脓理应逐渐减少，而急性乳突炎则流脓反而增加。也有的脓液突然停止而疼痛、发热再度严重起来。

其他：全身症状除体温增高外，有全身不适，食欲锐减，大便秘结等症状出现。若为小儿，则还有胃肠道症状出现。

检查所见：

耳后漫肿：乳突部肿胀、充血，耳廓后沟逐渐消失。如有骨膜下脓肿形成，则红肿尤甚，按之有“橡皮感”。耳廓向下、向外、向前推，似与头侧垂直，即俗称“招风耳”的形态。甚者，肿胀可延伸到颈部，故《外证医案汇编·太仓吴》案中谓之：“耳根肿胀，连及颈项”。

乳突部疼痛及压痛：此为本病必具症状。用指按压乳突尖部及乳突处，更为疼痛。如乳突炎性病变属溶化型者，则全部乳突部都感疼痛，《疡科心得集》的“痛则朝轻暮重”者，可能就是此型。如乳突属松质型或其外层较坚厚者，则压痛不著或无压痛，《谦益斋外科医案》中三例耳后毒无一例言及压痛者，可能是此型。

外耳道后上部肿胀下塌：为急性乳突炎最早及最常见的病变。外耳道骨部后上部近鼓膜处红肿下塌，因鼓室前壁发生骨膜炎所致，多示鼓室已蓄脓起腐。《外科真诠·夭疽锐毒》的

"溃烂见骨",言之不谬。此急性乳突炎主要特征之一。

鼓膜病变及溢脓:鼓膜增厚、充血,其后上部多向外突出。穿孔常很细小,脓流不畅,且有搏动的"灯塔征"。脓量也多,随擦随有,这证实脓液已非积在鼓室一处,乳突内也已充满了脓液。故《疡医大全·耳发疽》:"耳发生耳摺间,连耳轮通肿,甚则脓串耳窍。"

血象检查:无并发症者,白细胞稍有增高,可达 $12\sim15\times10^9$/升之间。如其增高超过 15×10^9/升,特别是中性粒细胞增加更多,同时体温升高明显,则可能已有颅内或其他并发症。

X 线摄片:X 线检查极为重要。在早期,乳突小房微呈浑浊,间隔不清。晚期,乳突小房的间隔消失,呈一片阴影,表示乳突内已形成脓窝。有时可发现横窦骨板或硬脑板有破坏现象。

【病因病机】

风寒:《诸病源候论·耳后附骨痈候》:"是风寒搏血脉,入深,近附于骨也。十二经之筋脉,有终耳后完骨者。虚则风寒客之,寒气折血,血否(痞)涩不通,深附于骨而成痈也。"

三焦风热:《疡医准绳·耳后疽》:"耳根赤肿,寒热作痛,此属三焦风热也。"

(小儿)胎热胎风:《外科正宗·耳病》:"小儿有胎热胎风之别。"

怒气伤心,肝气郁滞:《窦氏疮疡经验全书·耳根痈》:"受在肾经,怒气伤心,凝滞肝经。"

胆经积毒:《外科启玄·耳后发》:"此疮乃手少阳三焦经毒之所。"

在临床实际情况中,初期多风热上扰,中期多湿热或热毒,后期多余邪未彻。当然还因正气不充,更易导致此病,但不能视为虚证。如为猩红热、麻疹、结核、糖尿病患者的继发而来,但言"证",则急性的还在风热、湿热、热毒中辨别。

【辨证论治】

风热:大多在初期阶段,局部脓出较多,疼痛漫肿。全身症状为发热多于恶寒,口渴求饮。舌苔微黄,舌边尖红。脉数、洪、大。

湿热:这里的湿,是湿已雾化成浊,湿为阴性粘腻之邪,质重而下注。浊为阳性轻浮之邪,质轻而上升。所以湿热证,除了一连系全身症状及舌脉两诊之外可以鉴别,还有局部表现是:疼痛轻而肿胀厉害,脓量增多色白等等。

热毒:大多在中期高潮阶段。局部疼痛剧烈,充血严重伴以烧灼感,脓多且稠,色呈黄色。患侧颈部淋巴结肿大,压痛。全身症状高热,大便闭结,口渴求饮。舌边尖红,舌苔黄腻。脉浮、数、弦、实、大。

余邪:以上症状逐渐缓解或式微而无法消失者,大多属余邪尚在徘徊。

·内治·

属风热上扰者,当取疏风清热解毒法,常用代表方以仙方活命饮最为多用。常用药:银花、连翘、防风、白芷、浙贝母、天花粉、皂角刺、归尾、赤芍等。

属湿热为患者,当取清热利湿法,常用代表方有四妙丸合黄连解毒汤之类。常用药:苍术、黄柏、银花、黄芩、黄连、六一散等。

属热毒者,轻者用五味消毒饮,重者用黄连解毒汤或龙胆泻肝汤之类。常用药:银花、连翘、菊花、蒲公英、天葵子、夏枯草、黄芩、碧玉散等。

·外治·

黄连液或黄柏液滴耳,每日 3 次。

外耳周围肿胀区,用马氏青敷药,用饴糖作赋形剂,薄薄涂布,每天换 1~2 次。

溃破后,用七三丹搽在纸钉上,插入脓腔,外盖小膏药或黄连膏纱布。每天换 1~2 次。

随着炎症的缓解减轻而逐渐改用拔毒较轻外用药。依次是：七三丹⟶九一丹⟶桃红散⟶生肌散。纸钉根据脓腔的日渐缩小由粗而长者改为细而短者。直至仅能插入0.2厘米以内时，取消纸钉，单用生肌散轻撒在创口，再贴小膏药或黄连膏纱布，不过在生肌之际，小膏药的作用高于黄连膏纱布。每天换一次，直至完全愈合为止。这时在创口上再贴小胶布以保护，几天后脱落即愈。

此外，如鼓膜尚未穿孔或穿孔太小引流不畅时，应予以切开或扩大。

如果乳突内已穿溃，则脓液和坏死组织，需及时清除，必要时做单纯乳突切除术。

【预防与护理】

（1）一般说来，急性化脓性中耳炎如治疗及时，很少继发本病。所以积极治疗急性化脓性中耳炎，是最有效的预防方法。

（2）已发本病，要治疗彻底，否则可转成隐匿性乳突炎。

（3）其他参阅"急性化脓性中耳炎"的有关内容。

慢性乳突炎

慢性乳突炎常与慢性化脓性中耳炎并存，所以中医病名也常与聤耳、底耳、脓耳、耳疳等混为一谈，事实也正是如此。因为慢性乳突炎一般都会并发慢性化脓性中耳炎，且慢性化脓性中耳炎多发生于乳突气化不良的患者，如炎症侵及乳突，亦仅限于鼓室或少数小房的粘膜，故本病一般多与化脓性中耳炎合并讨论。

按现代医学分型，可分为单纯型、骨疡型与胆脂瘤型三种，但中医是根据辨证论治的，所以并不着重于分型。但也不排除在辨证的基础上再加辨病。

【临床表现】

凡慢性化脓性中耳炎所具备的各种症状，本病都有。

急性发作时，多有耳部疼痛及乳突部显著压痛。脓液成倍增多，且持续性流溢难涸。气味恶臭，这是骨质已经遭到破坏。这说明肾开窍于耳，肾主骨，五臭中肾之臭为腐臭，故而腐臭触鼻。

听力障碍，如骨质无伤害，听骨链未遭破坏，则传导性聋程度较轻。骨质破坏，鼓室内结构遭受损害者，传导性听力大大下降。

有时可有瘘管、面神经麻痹等等。

检查可见，鼓膜常为松弛部或紧张部边缘性穿孔。鼓室内常有肉芽或胆脂瘤样肿物存在。如加以清除，很快就有新的生长出来。

乳突X线摄片，多见乳突气化很差，呈坚实型或板障型。或见骨质稀疏，鼓窦区扩大、空洞，边缘模糊。如为胆脂瘤，则边缘光滑而清楚。

【病因病机】

阴虚火发：《洞天奥旨·耳后耳下发》："原是阴虚火发之症，又何以济哉。"

思虑过多：《外科真诠·夭疽锐毒》："俱属少阳胆经，由谋虑不快，郁火凝结而成。"

肝气：《疡科心得集·辨耳痈耳菌虚实论》："因肝胆怒火遏郁，……相火亢盛而发。"

七情：《外证医案汇编·夭疽锐毒》："是七情所发。"

厚味：《外证医案汇编·夭疽锐毒·长安周复方》："膏粱厚味，壅热而成。"

临床实况，慢性乳突炎常见病因仅为肝胆郁火与肾阴亏损两者，但有时往往两者相互因果。尚有正虚一证，以久病致虚，亏在气血，但根源还是不出肝火与肾虚的范畴。

【辨证论治】

肝胆郁火：郁火偏于实证，由于“阳亢生热，热极生火”，这个“亢”由肾阴不能滋养于肝，或肝阴不足，阴不维阳所致，所以与真正的“火”又有区别。如其作为“五志之火”的火来体会，倒也未为不可。所以本证的特点为局部长期疼痛较重，脓出稠多，色黄质稠，有时挟血迹，气味如同尸臭。全身症状头痛剧烈，面赤口苦，急躁易怒。经常伴有高血压。舌苔黄，舌边尖红。脉弦、数、有力等等。

肾水暗亏：阴阳是相对平衡的，互相制约而协调，也就是“水火既济”。一旦阴气亏损，无法涵养肝木，即引起肝阳的亢盛。故本证的特点为局部疼痛，痛而不剧。脓清稀白，有腥味臭气。全身性表现为潮热，颧、颊、掌心灼热，消瘦失眠，五心烦热。舌红而干，脉来细数或细小等等。

·内治·

急性发作，开始可按急性乳突炎处理。

属肝胆郁火，既不能滋补以留邪，也不能像对实火一样清肝泻胆或清热解毒。因为类似龙雷之火，一用寒凉直折，反便愈折而愈旺。应该取用疏肝理气，活血止痛法，常用代表方有柴胡疏肝散加菊花、夏枯草、苦丁茶等药。

少阴肾精暗亏，常用补肾益阴手法，代表方有知柏地黄汤（丸）之类或大补阴丸。常用药：知母、生地、熟地、龟板、白芍、山药、枸杞子等。此外《谢映庐医案·肝肾阴虚》谓：“水因下竭，而火愈上炽，宜养肝以息风，滋阴以潜阳。”并拟订一方（原文无方名，只能暂以谢氏方称之），对此病很有参考和借鉴价值。方为：首乌、阿胶、胡麻、麦冬、白芍、菊花、牡蛎、龟板、桑叶。

·外治·

西医的手术治疗，最为理想，这是中医中药所不及的。如其因种种原因而无法手术者，则退求中医中药，亦不失为聪明的选择。

【预防与护理】

参阅“急性乳突炎”的有关内容。

隐匿性乳突炎

本病又名非典型乳突炎，或潜伏性乳突炎、或隐蔽性乳突炎、或隐性乳突炎。因为它的症状往往被急性化脓性中耳炎所掩盖。

在临床上对急性化脓性中耳炎脓水收敛，鼓膜已经愈合而全身症状、耳聋等全无消退者，必须考虑本病。本型乳突炎以儿童为多见。尚应注意的是局部虽告“痊愈”，全身症状则因儿童主诉不清，唯一可靠的观察，是看他是否已恢复了活泼常态。

【临床表现】

急性化脓性中耳炎“痊愈”后，病人仍然不适，头痛或低热、食欲不振等仍然存在。听力没有提高。如为儿童的话，失去正常的活泼好动。

检查所见，外耳道干燥无脓，鼓膜穿孔愈合。但在松弛部的充血稽留难泯。乳突外表正常，有轻微压痛。

X 线片示乳突小房模糊不清、浑浊，失去正常轮廓。有时乳突虽有显著病变，但为多发性小感染区，小房间隔若无破坏，仍可显影。此时乳突 X 线可呈阴性或只微示浑浊。

在难以确诊时，西医主张做“探查”。

【病因病机】

余邪未彻，致残邪作困兽之斗。

【辨证论治】

局部表现参考价值不高，但X线摄片诊断价值较大。

造成残邪不彻的原因，不外乎治疗时未彻底和禀质正气不充两者。

所以凡低热、头痛、纳呆，舌有黄苔，脉来有力者，偏于实证。

如其精神极度不振，面白唇淡，乏力，甚至出现耳鸣、失眠等等。脉细、小、软、弱，舌质淡而不华者，属于虚证。

·内治·

凡余邪未彻者，理应继续清热解毒，横扫残邪。常用代表方有五味消毒饮和五神汤。常用药：银花、生甘草、菊花、连翘、夏枯草、生地等。因为"大脓之后，正气必衰"，所以只能甘寒清解，禁忌苦寒的寒凉直折。五神汤加入白芍、甘草，即名化骨玉神丹，专治骨与骨膜的脓肿，所以用来尤为贴切。陈士铎也有一张化骨玉神丹，方为：银花、龙胆草、茵陈、当归、白芍、柴胡、白术、甘草，用以治疗骨髓炎，必要时也可取用。

凡正气不充者，当气血双补，常用代表方有八珍汤和十全大补汤。常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、甘草、当归、白芍、生地。如其偏于脾虚者，与参苓白术散同用。偏于血虚者，与归脾汤同用。偏于阴虚者，与六味地黄汤同用。以上诸方虽没有直接作用于化脓性疾病，但张洁古早就解释"满座君子，则小人自无容身地也"，也就是"养正则积自除"的治疗方法。

·外治·

乳突部热敷。乳突部外敷玉枢丹或冲和膏。

参阅本节急性乳突炎。

【预防与护理】

（1）彻底根治急慢性乳突炎。

（2）注意加强营养。

（3）参阅以上两型乳突炎的预防与护理。

第二十四节　耳源性脑膜炎

耳源性脑膜炎为比较危险的耳源性颅内并发症之一。中医传统名称为黄耳伤寒、黄耳类伤寒。

颅内并发症有硬脑膜外脓肿、硬脑膜下脓肿、颅内血栓性静脉炎、耳源性脑膜炎、耳源性脑脓肿等。但因中医与西医的理论体系不同，所以尽管仅仅讨论耳源性脑膜炎一个病种，但就中医论，基本上可以代表所有的耳源性颅内并发症。但耳源性脑积水、脑脊液耳漏等，虽然也属于颅内并发症，其与脑膜炎就绝不相同。理由很简单，中医强调"辨证"，而这两者之间，"证"完全不同。

《赤水玄珠》称本病为黄耳伤寒，《疡医大全》称为黄耳类伤寒。中医从来没有耳科专业，故往往按其症状、辨证而归划到急性传染病门——伤寒。例如《伤寒补天石》、《伤寒绪论》、《伤寒指掌》等书，也因其病名伤寒而搜集于伤寒病中了。

最早称本病为黄耳伤寒的《赤水玄珠》作者孙氏，可能因为其症状一如急性传染病，故而冠以此名。逮至《疡医大全》作者顾氏，认为归纳于伤寒，终非得计，所以名之类伤寒。

《赤水玄珠》的黄耳伤寒，是最早关于耳源性脑膜炎的记述。之后《疡医大全》不过是从《赤水玄珠》中抄袭而来，除加上一个“类”字，并无新的发挥和补充。

耳源性脑膜炎确是相当于黄耳伤寒，但黄耳伤寒一名，并非为耳源性脑膜炎的专用病名，例如《瘟疫明辨》也有黄耳伤寒一病，可是他指的是流行性腮腺炎，谓：“时疫耳旁肿，乃少阳风热，俗名黄耳伤寒。”

《冷庐医话》：“素圃医案（干老注：即《郑在辛医案》）一则，尤堪警目，录之：贡武弁，年二十余，取耳（注：即掏耳朵）时为同辈所戏，铜挖刺通耳底，流血不止。延外科治之，初不以为楚。旬日间，忽头痛如破，体僵面赤，烦躁，脉弦紧，口流脓血，……的系破伤风矣。项强已属不治。”尽管它是属于破伤风，但毕竟是祸起于耳而病及于颅内的一个病例。

【临床表现】

化脓性中耳炎、化脓性乳突炎患者，开始时有头痛，局限于患侧。之后头痛越来越厉害，可以疼及全头。恶寒发热，持续高热往往可达39℃以上。可同时伴有喷射性呕吐。颈项强急，出现角弓反张。最后，神志不清，木僵抽搐，口中呓语。在小儿则烦躁更甚，腱反射增强。当时脉象，多为沉伏、数而有力。舌苔黄而少液，质红绛。

再进行性发展下去，正气骤然衰竭，从亢进有余的极端很快转入衰退不足。那时即汗出如淋，四肢厥冷，面白唇青，气促而喘。脉搏反而微弱沉乱。舌质淡晦，苔白润或黑而滑。

濒临绝境时，会出现广泛性肌肉松弛瘫痪，二便因肛门和膀胱的麻痹而不能控制，以至失禁。瞳孔放大，反射消失。脉搏已难以扪到。终至深度昏迷而死亡。

【病因病机】

邪毒内陷，深入心包。后期则正气匮乏，阴阳离决，精气乃绝。

【辨证论治】

当其高烧、头痛时，正是毒邪鸱张摧毁机体和正气的表示。

一待出现呕吐、角弓反张时，乃毒邪化热，热极生风之征。

最后神志不清，抽搐呓语者，乃是风火相煽之下，浊蒙心窍使然。心为君主之官，心包已被邪毒所陷，君主焉得神明。

·内治·

当毒邪鸱张，热陷心包之际，急当清营泄热，凉血解毒为法，常用代表方有清瘟败毒饮或犀角地黄汤之类。常用药：石膏、生地、水牛角、黄连、黄芩、丹皮、赤芍、知母等。

当热极生风之际，急应息风清营，宜用羚羊钩藤汤之类。常用药：羚羊角、生地、钩藤、菊花、白芍、茯苓、桑叶、竹茹等。同时也可进服羚羊角尖（用角也可以）粉，开水送服，每天2～3次，每次0.3克。从初期毒邪鸱张之际到现在热极生风阶段，应该再加服安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹一类的辅助药品。不能引饮者，用鼻饲。一到虚脱阶段，可用独参汤或参附汤来抢救。

·外治·

必要时采用腰椎穿刺，抽出败液，注入药物。病情稍有稳定，再施乳突根治术。

【预防与护理】

（1）护理人员要密切注意观察病情变化。

（2）病室要安静，光线柔和，空气流通，但避直接吹风。冬天防凉，夏天忌热及太阳光。

（3）注意口腔卫生，可用淡盐汤或银花水漱口。如装有义齿者，取出。

（4）多喝开水。

（5）对神志不清者，注意痰涎，防止其舌头后坠。取侧卧位以保持其呼吸道畅通，防止痰

涎堵喉头。痰涎太多时，及时抽吸。

(6) 对眼睛不能闭合者，眼内涂上眼药膏，并轻轻按摩，使其闭合。

(7) 昏迷时，忌从口腔喂食，可用鼻饲法供给药物或流汁食物。

(8) 出现呼吸困难者，应立即给氧。

(9) 大小便失禁者，及时更换被褥。呕吐物亦应及时清除。

(10) 恢复期症状消失后，逐渐恢复活动，注意不要过早、过度活动。

第二十五节　耳源性脑积水

本病为化脓性中耳炎的另一种比较少见的颅内并发症，又称耳源性良性颅内高压症。一般预后良好。发病率男女无明显差异，好发于青少年。

祖国医学，根据它的特具症状，往往归划于“肝风”一门中。

【临床表现】

本病发病缓慢，病程常可达数月。主要临床表现为：

头痛：初期头痛严重，呈持续性、跳跃性剧痛，并逐渐加重。痛域多在额部或两颞侧，也有全部头脑俱痛，甚至波至颈项者。之后即逐渐缓解，成为轻微的钝痛，也有微痛在有无之间的。

呕吐：吐前以恶心作先导，很少为喷射性的。其程度常与头痛的轻重成正比，但也有仅仅呕吐而没有头痛者。

复视：视物时一物两影，多见于起病之初，其程度轻重不一，一般都为暂时的，很少为永久性的。在早期还有部分病者，出现怕光畏亮，视物不清，严重者甚至失明。

另外一个主要的特点是，起病大多在急性化脓性中耳炎或慢性化脓性中耳炎急性发作之际。

【病因病机】

主要因素为肝阳上亢所致。

肝为风木之脏，相火内寄，主动主升。一旦肝阴不足，血燥生热，热则风阳上升，当然头痛即作。肝为刚脏，故而一开始其痛特别严重，高峰一过，其痛也随之而缓和一些。

目为肝窍，眼睛诸病当然为肝阳循经上犯而然。

呕吐属于脾胃，肝阳过旺，必然侮凌脾土，诚如《临证指南・木乘土》任案的“肝木之气，逆行犯胃”。为何肝木一定要犯脾土？在同一书中的鲍案中解释为：“盖肝为起病之源，胃为传病之所”之故。

【辨证论治】

头为诸阳之会，目为肝木之窍，故而肝阳可以直加损害。木旺乘土，罪魁仍是肝阳。所以它的全身性表现，大多为心烦易怒，颜面红热，睡眠不宁。舌红苔黄，脉弦而劲。

此外也有痰浊内生，阻遏清阳，直接作用于头面。间接则脾失其升而胃失其降，胃气不降，则泛恶善呕。其表现是头部沉重钝痛，胸脘痞闷，纳呆，身重。舌苔白腻，脉象为滑或濡。

尚有久因耳病，肾气渐虚。因为耳为肾窍，肾祸转移，首先为耳。其表现为头痛有空虚感，遗精，健忘，腰酸腿软，女子月经不调。舌红，脉沉细无力。

以上三者，虽然都是耳病引起，但真正耳病残邪因几度转化而逐渐消失，所以在这个阶段基本上已无残邪可言了。

·内治·

肝阳上亢者，宜疏肝泻火，常用代表方为丹栀逍遥散之类，有时泻青丸也可试用，但必须予以加减。常用药：丹皮、山栀、当归、生地、赤芍、白芍、菊花、夏枯草、黄芩等。

痰浊上蒙者，当化痰去浊，当以半夏白术天麻汤最为贴切，但尚予结合实况，稍事损益裁方。常用药：天麻、白术、半夏、茯苓、陈皮、甘草、泽泻等。

肾阴亏损者，当补肾滋阴，六味地黄汤之类。常用药：熟地、山药、山萸肉、枸杞子、潼蒺藜、丹皮、茯苓、泽泻等。

·外治·

首先考虑彻底根除中耳与乳突的病灶。严重时予以腰椎穿刺放出脑脊液或脑室引流。

【预防与护理】

参阅“耳源性脑膜炎”的有关内容。

第二十六节 梅尼埃病

本病中医称耳眩晕。《内经》里提到的掉眩、头眩、眩、眩冒四病名，是有关本病最早的论述，当然其中绝大多数为非耳源性的眩晕。自《内经》到现在，中医关于眩晕有不少名称，如：掉眩、头眩、眩、眩冒、脑转、眩瞀、眩疾、风眩、风头眩、头风旋、冒眩、头面风、旋晕、头旋、郁冒、眩运、昏晕、头晕。此外，《何澹安医案》卷二肝风病中的第一、第二两案，《柳宝诒医案》肝风病中的苏案、杜案及肝火病中的史案，《张聿青医案》卷八肝火病中的陈右案等所描写的症状，基本上也很符合于本病。由此可见，祖国医学对此症，不但发现和报道得很早，比1861年法国人梅尼埃氏还早六个世纪(《仁斋直指方论》梓版于1264年)，而且历代临床医家们还积累了不少实践经验。

但是，必须指出，眩晕一病，病种繁多，病因复杂，不特见于耳部病变，尚能出现于多种疾病中，临床诊断时必须予以鉴别。本节专论耳源性眩晕。

【临床表现】

本病的特征为阵发性眩晕，往往以耳鸣或耳聋为先导，常发生于一侧，偶或交替发作。发病骤急，病前毫无预兆。且得此病之后，容易经常发作，每次发作的时间及各次发作之间的间隔期也各有不同，因环境、因人而异。但有一点，第一次发作最为严重。一般症状是：

眩晕：是本病的主要症状，大多发作突然，并无预兆，也有在发作之前先觉耳鸣、耳聋较剧者，或耳内有堵塞压迫感觉。患者觉四周物体旋转，《医学津梁·头痛·附头眩》谓之：“头眩虽无痛苦，而精神眩耀，所见之物，皆颠倒摇动，身如腾云，足如履空，饮食即吐，胸中怏怏，眼花不定。”所以一般病人必须静卧闭目，不敢活动。发作较重者可以倾跌，《杂病广要·统旨》谓之：“若坐舟车而旋转也，甚有至于卒倒而不知者。”不过在临床上，“不知”者殊难见到，大多神志都是清醒的。每次发作，时间不定，但不超过数小时，多数患者症状消失后一如常人。但也有在一至二天内仍然恍惚不适者。

耳聋：也为此病必见症状。半数患者发于眩晕之前，也有于初次眩晕发作后始察觉者，或显现于数次发作之后。

耳鸣：患耳常有持续性耳鸣，急性发作时耳鸣较剧，且觉耳鸣性质和平时不同，除原有鸣声之外，似乎另有一种声音出现。这种耳鸣、耳聋的出现，《医学六要》认为“属肝火，其人必多怒，耳鸣或耳聋”。

目系急：也即现代所称眼球震颤。《审视瑶函·内障》引用楼全善语谓："内障先患一目，次第相引，两目俱损者，皆有翳在黑睛内遮瞳子而然。今详通黑睛之脉者，目系也。"《医案已任编·眩晕》："则随目系以入于脑，则脑转。脑转则引目系急，目系急则目眩而转矣。"一般多在急性发作时出现，很难马上就医，所以门诊难以见到。

恶心呕吐：甚至冷汗淋漓，面色苍白。《医学津梁·头痛·附头眩》的"饮食即吐，胸中怏怏"者，正指此而言。

头痛头昏：急性发作时，经常伴以头痛。如遇主诉清楚的患者，他可以说明痛出患侧耳内或耳后区，而且还有压迫感，证实并非真正的头痛。头昏是指包含除头痛以外与头部有关的任何不适，有时这种不适是难以用言语来表达的。

不稳定感：患者常失去与其周围环境保持平衡的能力。古文献中的"步履踉跄"，正是指此而言。

检查方面：听力检查，属于神经性聋，其程度则不一致。

【病因病机】

《素问·至真要大论》："诸风掉眩，皆属于肝。"《素问·五脏生成篇》："徇蒙招尤，目瞑耳聋，下实上虚，过在足少阳、厥阴。"《灵枢·卫气篇》："上虚则眩。"《灵枢·海论》："髓海不足，则脑转耳鸣。"《灵枢·口问篇》："邪之所在，皆为不足，故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之眩。"《灵枢·大惑论》："邪中于项，因逢其身之虚，其入深，则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。"以上分析了本病病因为邪、风、阳盛、虚、髓海不足，以后历代有所发明，日臻完善全面。

《世医得效方》第一次作了全面性总结和系统的阐说。危氏把它分为：风证、感寒、伤暑、中湿、七情、痰证、失血和下虚八个病因。而且八种因素所致的眩晕特征也毫不含糊地予以明辨，如：

风证：表现为恶风自汗，或身强不仁，气上冲胸，战摇如舟船之上。

感寒证：表现为眩晕头痛，恶寒，耳鸣或耳聋。

伤暑证：表现为烦闷不适。

中湿证：表现为呕吐涎沫，头重不食，经久不瘥者。

七情证：表现为心中忪悸，四肢缓弱，翕然面热，头目眩冒，如欲摇动。

痰证：原文缺。

失血证：表现为头重目昏，眩晕不省，举头欲倒。

下虚证：表现为下热下冷，头目眩晕。

至《证治汇补》，李氏把古人的论点，再度加以整理，并把自己心得补充进去，也分为八种病因：

外感：谓："外邪所感者，风则项强自汗；寒则拘挛掣痛；暑则烦闷口渴；湿则重着吐逆。此四气乘虚而眩晕也。"这是把危氏的风证、感寒、伤暑和中湿合而为外感一型。

湿痰：谓："湿痰滞于上，阴火起于下。痰扶虚火上冲头目，邪正相煽，故而忽然眼黑生花，所谓无痰不成眩也。"这是宗丹溪学说。

停饮：谓："中气不运，水停心下，……扰乱于上。"这里是把危氏的"痰"证，一分为二。但两者之间还是有些区别的，湿痰属实证，停饮接近虚证。

肝火：谓："肾水亏少，肝枯木动，挟相火上踞高巅而眩晕。谓风盛则地动，火得风而旋焰也。"这是水亏木旺学说，也是宗丹溪的观点，乃为危氏所没有讨论的，这型的眩晕，为数

最多。

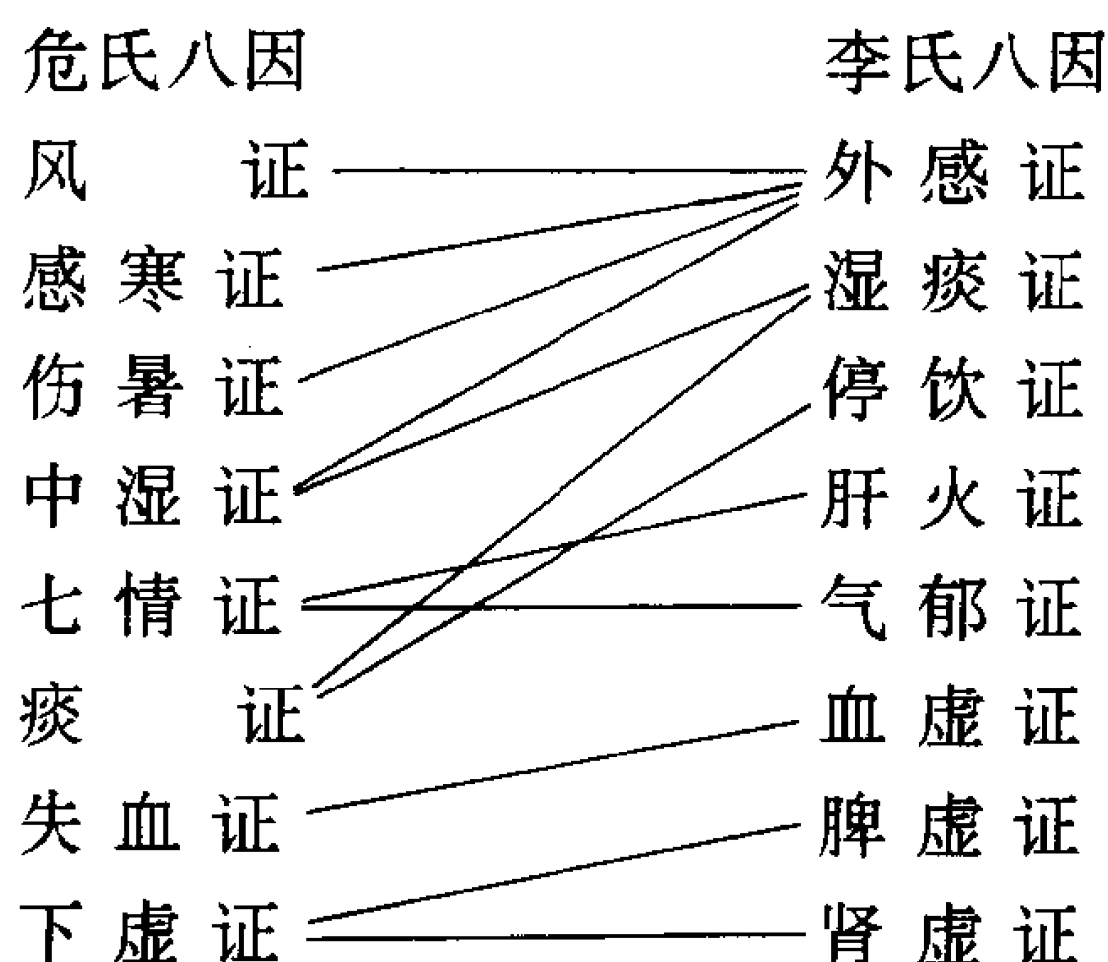
气郁：谓："七情所感，脏气不平，郁而生涎，结而为饮，随气上逆，令人眩晕。"这是危氏的七情证。

血虚：谓："血为气配，气之所丽，以血为荣。……肝家不能收摄荣气，使诸血失道妄行，此眩晕之生于血虚也。"这是采纳杨士瀛的学说，也即危氏的失血证。

脾虚：谓："脾为中州，升腾心肺之阳，提防肝肾之阴。若劳逸过度，汗多亡阳，元气下陷，清阳不升者，此眩晕出于中气不足也。"这是崇刘纯的见解，事实上脾气不足而致眩晕的很多，但危氏则没有道及。

肾虚：谓："人身阴阳相抱而不离，故阳要上脱，阴下吸之，若肾水不能纳气归原，使诸气逆奔而上，此晕出肾虚也。"这又是杨士瀛的观点，相当于危氏的下虚证。

根据危氏、李氏八种病因的对照：



总结起来，有风、寒、暑、湿、痰、七情、肝火、气郁、血虚、脾虚及肾虚等等。除此以外，如：《诸病源候论·风头眩候》："血气虚，风邪入脑。"

《奇效良方·眩晕门》："怒则致伤肝木，木动生风，令人头旋运。"

《类证治裁·眩晕·论治》："身心过劳。"但仍然难以完整罗列。所以《景岳全书·杂证谟·眩运》说得最全面，他认为："原其所由，则有劳倦过度而运者。有饥饱失时而运者。有呕吐伤上而运者。有泄泻伤下而运者。有大汗亡阳而运者。有眴目惊心而运者。有焦思不释而运者。有被殴被辱，气夺而运者。有悲声痛楚，大叫大呼而运者。此皆伤其阳中阳也。又有吐血衄血便血而运者。有痈脓大溃而运者。有金石破伤失血，痛极而运者。有男子纵欲，气随精去而运者。有女子崩淋产后，去血而运者。此皆伤其阴中之阳也。再若大醉之后，湿热相乘而运者。伤其阴也。有大怒之后，木肆其强而运者。伤其气也。有痰饮留中，治节不行而运者。脾之弱也。此皆有余中之不足也。至若年老精衰，劳倦日积而忽患不眠，忽苦眩运者。此荣卫两虚之致然也。"

历来林林总总的病因学说，不少有重复、矛盾、欠妥之处，故张介宾在《景岳全书》中谓："何后世诸家，每多各逞臆说。其于病情经义，果相合否？指南若此，后学能无悟乎！"所以临床上符合于实践的，并不太多。

事实上临床常见的只有三证：

痰火：痰常由肺、脾、肾三脏功能失常，和寒、热、火等原因，使水谷精微不能化生津液，或使津液不能正常的输布和排泄，致水谷精微转成败津腐液。诚如《金匮要略》所谓"心下有支饮，其人若冒眩"，"心下有痰饮，胸胁支满目眩"。

此外，还有饮食劳倦多虑，亦能伤脾。脾土一伤，则不能运化水湿，致不能正常的输布津

液，于是水湿停留，聚阻生痰，抑遏阳气。终至清阳不升，浊阴不降，清窍受其蒙蔽，乃生眩晕。所以《丹溪心法・头眩》有“无痰则不作眩”的定论。

痰往往与火相结合，《杂病广要・痰涎篇》认为“譬诸釜中之水，无火之时，清清冷冷，湛然无滓。火一举之，则湛然者皆为白沫矣。人身无病，则津液澄清，若一病焉，则血气不和，不和则经络雍塞而生热，热则津液之澄清者，亦随热浑浊而痰矣，岂非火热至痰之谓乎”。故而有“火为痰之本，痰为火之标”的学说。

肝阳：肝为足厥阴风木之脏，其性刚劲好动，主升张而喜条达。若情志不舒，肝气郁结，化火生风，风火相煽，或因暴怒伤肝，怒则气上，升发太过，这都能使肝阳上扰清窍，则眩晕即来。故《素问・至真要大论》谓之：“厥阴之胜，耳鸣头眩，愦愦欲吐”及“诸风掉眩，皆属于肝。”

有时这种肝阳，也可能转化为痰，例如《张聿青医案・眩晕》第七例“茅右”的“良以清津为阳气所炼，渐欲成痰，致浊阻清位，所以昏晕不能定也”。

肾虚：也称髓海不足。肾主藏精而生髓，髓充于骨而汇于脑，故脑为髓海。髓海渗精气以荣耳窍。若先天禀薄或后天过度耗伤于肾，精髓不足，髓海空虚，耳窍失于濡养，故而脑转耳鸣。诚如《灵枢・海论》之所谓“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒”。

有时正因为肾水不足，没有起到“水以涵木”的作用而使肝阳毫无约束而上亢起来。《石室秘录》的“乃肾水耗尽，又加怒气伤肝”者，可能指此而言。同时也正以肝阳的上亢，这种风木之火，反过来煎炼肾水，使肾水更枯而肝阳更炽。诚如《百病辨证录・头痛门》第三节中所谓“无肾水以润肝，肝木之气燥，木中龙雷之火，时时冲击一身，而上升于巅顶，故头痛而且晕也”。所以有些病例，肾阴虚也可以与肝阳亢同时出现。

《类证治裁・眩晕・论治》：“由高年肾液已衰，水不涵木。或由病后精神未复，阴不吸阳，以致目昏耳鸣，震眩不定。”所以年高、病后，基本上也是属于此型。

【辨证论治】

痰火：本型的症状，眩晕时常伴以头额沉重，胸膺闷塞不畅，呕吐较甚，痰涎亦多，心悸，纳呆疲怠。舌苔白腻，脉濡、滑或兼弦。因为痰浊乃阴邪，容易阻遏阳气，使清阳不升，浊阴不降，清窍受此蒙蔽，故眩晕而头额常感沉重。阳气被阻，滞留中宫，故而胸中闷痞不舒及心感悸动。痰涎上泛，故泛逆呕恶。痰浊一滞中宫，当然纳呆倦怠。舌苔白腻与脉濡滑，都是痰浊反映。

肝阳：它的眩晕发作和程度，大多因情志不舒，烦恼愤怒而加重，同时伴以头痛，口苦咽干，目赤，急躁心烦，胸膺苦满，少寐多梦。舌质多红，脉弦滑或细弦。因为肝气郁结，化火生风，风火上扰则晕眩头痛，火扰心神，故而心烦急躁。风火炼津，则口苦咽干。胸胁为肝经循行之域，肝气不舒，则胸胁苦满。肝藏魂，魂不守舍，则少寐多梦。舌质多红，脉弦滑或细弦，亦均为肝阳上亢的表现。

肾虚：髓海不足见证，往往是耳鸣、耳聋，经常发作。发作对耳鸣加重与听力减退更明显。兼见精神萎靡，腰膝酸痛，心烦，失眠多梦，男子遗精，记忆力差，手足心灼热。舌质红，苔少，脉细数，两尺明显细弱。因为肾亏精髓不足，不能上荣头脑，故眩晕，精神萎靡。耳失滋养，故而蝉鸣蚊噪而重听。相火因水衰而妄动，故多梦遗泄。腰为肾府，膝寓三阴(足太阴的阴陵泉、足少阴的阴谷、足厥阴的曲泉)，肾虚精髓不充，难养腰膝而酸痛。阴虚生内热，故心烦，手足掌跖灼热。阴液不足，故舌红而少苔。两尺属肾，故而两尺衰象毕呈。

・内治・

痰火：宜醒脾燥湿，涤痰息风法，常用代表方有半夏天麻白术汤加减。本方以二陈汤化湿

除痰，加白术以健脾燥湿，入天麻以升阳息风。湿重者，倍半夏加泽泻。有火者，加黄芩、玄参、竹茹。气虚者，加黄芪、党参。

本症虽是因痰致眩致晕，但痰之成，当责之脾土，故当眩晕症状减轻之后，或脉象出现虚弱之际，仍宜以健脾益气除痰之剂以调理，可用六君子汤或参苓白术散加减。常用药：党参、白术、茯苓、山药、薏苡仁、陈皮、半夏、甘草等。

肝阳：宜平肝息风，滋阴潜阳，常用代表方有天麻钩藤饮加减。方以天麻、钩藤、石决明平肝潜阳以息风为主。兼用牛膝、杜仲、桑寄生益肾滋阴以治其根本。黄芩、山栀可以清肝泻火，使风火两者不得并肩联合为害。偏于风盛者，可加龙骨、龙齿、牡蛎以镇肝阳。偏于火盛者，可加龙胆草、丹皮以清肝泄火。火更盛者，可用龙胆泻肝汤以清泻肝胆。

《医碥·杂症·眩晕》对本症的看法，是“盖虚者血与气也，实者风火与痰涎也”。所以肝阳上扰，其气似实，然其本乃属阴虚。且阳亢火盛，每多伤阴，故在症状减轻之后，可用杞菊地黄汤调理其后，并宜注意胸怀开朗，心情舒畅，以防复发。

肾虚：处理常规当然是滋阴补肾，填精益髓，常用代表方有杞菊地黄汤（丸）选加石决明、牡蛎、白芍、首乌等。方中以六味地黄汤滋肾壮水为主，以水涵木。加枸杞子、菊花、白芍、首乌养肝益血。石决明、牡蛎滋阴潜阳。

大补阴丸也是常规用方。其中熟地大滋阴水为主，利用黄柏、知母的入肾，直清下焦之火。龟板是介类而潜阳。以猪脊髓以养髓，更为得法，取其血肉之情以养血肉之体。

此外，干老从实践中摸索得来的一张方剂，方为：山药、当归、五味子、酸枣仁、桂圆肉，水煎两次，内服，效果满意，尤其是镇静作用在服后半小时内可以获得反应。而且西医尤表欢迎，现有不少书籍，都载有此方，并一致推崇为有效成方。因为它并不像其他方药一定要准确辨证。当然，属于湿痰一型而舌有厚腻苔者，还是不沾唇为妥。

·外治·

常用针灸。

【预防与护理】

（1）发作期间，要卧床休息。注意防止病人离床时突然发作而跌倒。

（2）卧室保持安静，防止噪音及强光，光线要柔和。

（3）卧室空气要畅通，但同时还要注意不宜过于温暖。

（4）不宜多饮茶水饮料。宜低盐食物，忌食生冷、油腻腥膻、酸辣、过甜，以免加重恶心呕吐。

（5）呕吐严重时，针刺内关、足三里。

（6）汤药宜温服，一般在40～45℃左右为宜。如有呕吐泛恶者，可分多次服下。

（7）要重视精神护理。本病常因情志不畅、忧思恐惧、过度疲劳而诱发。所以要注意使病人保持精神舒畅。

第二十七节　耳鸣　耳聋

把耳鸣和耳聋两个病合并在一起来讨论有两个理由：其一，《诸病源候论·耳病诸候》：“耳鸣不止，则变成聋”。《寿世保元·耳病》：“凡是有聋者，势必耳鸣”。所以两者症状常可合并、交错出现。耳内鸣响可以干扰正常听觉，使听力减退，诚如喻嘉言在《寓意草·面论大司马王岵翁公祖耳鸣用方大奇》中所谓“外入之声，为其内声所混，听之不清”。耳聋初病常以耳

鸣为其前奏，一如《杂病源流犀烛·耳病源流》所云“耳鸣者，聋之渐也”。《证治汇补·上窍门·耳病》也认为“耳鸣是痰火上升，雍闭听户，有渐聋病之机矣”。还有聋病而还聪之际，也往往出现耳鸣。其二，两者病因病理联系密切，在临床的辨证论治，也有它的共同性。某种特异性的方药也是两者皆能奏效。他若导引、食疗、针灸或其他外治法亦然。

耳鸣、耳聋自《内经》至今有不少名称，如耳鸣就有：耳鸣、苦鸣、耳数鸣、聊啾、膠、䏧、聇、职、耺、耳虚鸣、暴鸣、渐鸣。耳聋有：聋、耳聋、耳无所闻、不聪、暴聋、聋聩、重听、睽、失响、耸、聛、聇、风聋、劳聋、久聋、干聋、虚聋、热聋、气聋、毒聋、亭耳、聤聋、肾虚耳聋、热甚耳聋、病后耳聋、老人耳聋、耳闭、湿聋、失听、乍聋、耳背、不听、失聪。

耳鸣是病人自觉耳内鸣响的听觉紊乱现象。它所听到的各种声音，都是事实上不存在的幻象。但也有事实上确有致响的声源存在，且非出于听觉紊乱的幻象，不过往往常被人所忽视。这种耳鸣不是历来传统文献上所讨论的耳鸣而是《素问玄机原病式·火类》的“耳鸣有声，非妄闻也”的耳鸣。这种“非妄闻也的耳鸣”，中医一直混在现在所讨论的耳鸣中来讨论、治疗，是错误的。此外，还有意向性耳鸣，症状是一个正常的健康者，在万籁无声环境中，心中想到耳鸣，片刻之间，双耳的确出现鸣响，不过这不能作为疾病。

历代医著对耳鸣都有记载，《内经》中有关耳鸣记载的多达数十处。晋代《甲乙经》首列“耳病”专篇，发展了以《灵枢》为基础的许多针灸治法。隋代《诸病源候论》，将耳鸣分为虚实两证，并指出“耳鸣不止，则变成聋”，给后世以“鸣者，聋之渐也”学说奠定了理论基础。明代《普济方》用两卷（第53～54卷）篇幅来讨论耳鸣、耳聋，把明代以前的各家学说作了一个总结。《景岳全书》对耳鸣虚、实辨证方面，更臻详备，凭暴鸣、渐鸣、声大、声细、身形、脉品来作出准确的分析。尤其是声大、声细的在辨证上是有力的依据。现在我们在声大、声细中更进一步探讨到音量与音调，使我们的辨证又上了一层楼。至清代、民国，各医家对耳鸣的认识，更达到了又一个高峰。

耳鸣的声音来之于“妄听”，所以各式各样的声音真是丰富多彩，因之历代文献对耳鸣声的描写也十分丰富。如：

《诸病源候论·耳病诸候》：“耳鸣嘈嘈。”

《千金要方·七窍病下·耳疾》：“耳鸣吼闹”、“耳鸣如流水声。”

《外台秘要·耳鸣》：“耳鸣沸闹。”

《圣济总录·耳虚鸣》：“或如钟磬雷鼓，或如蝉噪。”

《医说》：“风雨鼓角声。”

《丹溪治法心要·耳》：“耳中哄哄。”

《卫生宝鉴·耳中诸病并方·黄芪丸》：“夜间睡着如打钟鼓，觉耳内风吹。”

《世医得效方·耳病》：“如打战鼓。”

《秘传证治要诀·耳》：“如潮声蝉鸣。”

《普济方·耳门》：“萧萧作声。”

《明医杂著·续医论·耳》：“鸣甚如蝉，或左或右。”

《医林绳墨·耳》：“嘈嘈有声，哄哄有声。”

《名医类案·耳》：“两耳鸣，如屯万蜂。”

《嵩厓尊生全书·耳分诸病论》：“若火熇熇然，若流水声，若簸米声。”

《百病辨证录·耳痛门》：：“耳内如沸汤之响，或如蝉鸣”、“雷霆喧呼之声”、“耳闻风雨之声，或如鼓角之响。”

《寓意草·面议大司马王岵翁公祖耳鸣用方大奇》："汩汩有声，如蛙鼓蚊雷，鼓吹不已。"

《顾氏医镜·耳病》："如蛙鼓蚁锣。"

《问斋医案·肺部》："如风潮，如蝉噪。"

《杂病广要·眩运篇》："头上有如鸟雀啾啾之声。"

《鲍氏验方新编·耳部》："鸣如钟磬声"，"耳中时闻蚂蚁战斗之声。"

《角山楼增补类腋·疾病》："闻床下蚁动，谓是牛斗。"

耳聋，是指不同程度的听力障碍，甚至丧失。早在公元前就有了定义，《左传·僖公二十四年》："耳不听五音之和，为聋。"

《圣济总录》很早把聋分为五种，是：风聋、干聋、劳聋、虚聋与聤聋，称为"五聋"。其中风聋似乎为突发性耳聋，聤聋为化脓性中耳炎鼓膜穿孔或鼓室硬化症导致的听力障碍，其他三聋，不清楚属于哪一类型的聋，所以这"五聋"之分，在现代已失去其意义了。

为了提高诊疗的水平，分型别类，还是需要的，今天的分类，大体上是：

根据耳聋发生的时期来分类

先天性聋：《方言》："生而聋，陈楚江淮之间谓之耸"的耸，和《国语·晋语》韦昭注："生而聋曰聩"的聩，都是指先天性聋。因不属本文范围，从略。

后天性聋：本病在祖国医籍中出现得很早，单以一部《内经》而论，其中就有十二处之多。称"聋"者两处，称"耳聋"者七处，称"暴聋"者两处，称"耳无所闻"者一处。

依据耳聋性质来分类

器质性聋：《说文解字》："聵，吴楚之外，凡无耳者谓之聵"。这是没有耳朵或外耳道，致不能听到声音的聋，是典型的器质性耳聋。

功能性聋：这种性质的聋，最为普遍。在中医书中90%都是属于此者。

依据病变位置来分类

导音性聋。病变位置在外耳或中耳，使音波无法传入内耳。《医林改错·通窍活血汤所治之症目》的"管外有瘀血，靠挤管闭，故耳聋"，尽管王氏的说法欠妥，但他指出是属于传导不良而引起的致聋性质则很明显的。此外《奇效良方·耳鸣耳聋门附论》的"有从外不能入者"的聋，更言简意赅地阐明了导音性聋。《寓意草》的"外气不得入内"一言，更是传神之笔。

感音性聋。病变位于内耳、听神经或脑部中枢，音波传入途径虽无阻碍，但因神经组织发生病变，故亦无法接收而听不到声音。诚如《本草备要·辛夷·注》所谓"九窍为之不利，……人之记性皆在脑中"之故。所有中医文献上的耳聋，基本都是这型感音性聋。《奇效良方·耳鸣耳聋门附论》称之为"从内不能听者"的聋。《四圣心源·七窍解·耳病根原》称这种聋病为"声入而不通"。

混合性聋。它既已"从内不能听者"，而且又是"从外不能入者"，两者混合而成的耳聋。

既然谈到三种不同性质的聋，那么每一个耳科医生更不能不知道骨导与气导。最早提到骨导与气导的是陈无择（公元1121～公元1190年）。他在《三因方·耳病证治》中明确指出："肾虽寄窍于耳，当知耳为听会，主纳五音。外则宫、商、角、徵、羽，内则唏、嘘、呵、吹、呬。"宫商角徵羽的五音，是从外而来，它的音波是由空气传递而来，属气导。唏、是最轻的叹息声，嘘、是最轻的啜口吹气声，呵、张口吹气声，吹、无声的啜口吹气，呬、是喘息声。总之，这唏嘘呵吹呬是轻到使人无法听到的五音，但本人却可以听得清清楚楚，道理是这种声音不须要借空气的传导而由头部骨质来传导到听宫的，用现代名词，就是骨导。陈无择就是用"外"来的五音来探测到气导，"内"出的五音来探测到骨导。

耳聋可分聪、重听、聹、聋、聋聩五个等级

聪:《书·舜典》:“明四目,达四聪。”是听觉灵敏,指听力正常。相当于“0”度。日常听话无困难,纯音听力损失不超过10分贝。

重听:《汉书·黄霸传》:“正颇重听,何伤。”指尽管听力不济,但尚未伤大事。相当于“Ⅰ”度。即轻度聋,听远距离讲话或一般距离低声讲话感到困难。纯音听力损失10~30分贝。

聹:《说文·注》:“聹,不全聋也。”相当于“Ⅱ”度。中度聋,听近距离讲话感到困难。纯音听力损失30~60分贝。

聋:《左传·僖公二十四年》:“耳不听五声之和,为聋。”此指仅能听到声音而不辨其内容者。相当于“Ⅲ”度,只能听到很大的声音,大多仅仅听到在耳边喊叫的声音。纯音听力损失60~90分贝。

聋聩:《国语·晋语》:“聋聩不可使听。”指完全听不到一切音响。相当于“Ⅳ”度。即全聋,完全听不到声音。纯音听力损失在90分贝以上。

【临床表现】

耳鸣为耳内常有不同程度的幻响,轻者仅在极静环境里或平心静气时才能听到,所以一般患者主诉,大多以夜间为最明显。故《世医得效方》强调“夜间睡着,如打战鼓”。重者,轰轰作响,甚至日夜不息,终月不宁,异常痛苦。诚如《张氏医通·七窍门·耳鸣》所谓:“无休止时,妨害听闻”。至于鸣声的声调、音量和花样各不相同,古人对它的描写也丰富多彩,诚如上述。

聋的症状,就是听力减退,从重听到聋聩,都是属于聋的范围。

检查:非妄闻耳鸣,可以使用各种方法,予以检查,详见下节“震动性耳鸣”。这里的妄闻耳鸣,至今还没有方法来测验。

耳聋的检查方法很多,从略。但耳聋是一个症候,不但属于耳科本身的疾病,而且可以联系到人的整体,《景岳全书·十问篇》中有“七聋八渴俱当辨”之语,可知它的复杂性了。

耳鸣耳聋不难诊断,在没有声源的情况下耳中产生各种声音者,都可称为耳鸣。但严格说来,还要排除各种耳病如耵聍栓塞,外耳道、鼓膜、中耳各种炎症病变以及震动性耳鸣之后,才能称为耳鸣。

耳聋也是这样,有许多耳科本身的疾病,往往也可造成假性耳聋。所以真正的耳聋,也应排除各种耳病之后,在符合耳聋的症状情况下,才能下此诊断。

【病因病机】

本病的病因病机历代学说很多,有

外感学说:《素问·缪刺篇》:“邪客于手阳明之络,令人耳聋,时不闻言。”《诸病源候论》:“风邪乘之,风入于耳之脉,使经气痞塞不宣,故为风聋。”《三因方》:“内关五脏,外合六淫,故风寒暑湿,使人聋聩耳鸣。”这里的所谓“邪”和“风寒暑湿”,乃泛指一切外感之邪,也是六淫的同义词。

风邪学说。《诸病源候论·耳聋候》:“兼受风邪,损于肾脏。”《百病辨证录》:“耳内如沸汤之响,或如蝉鸣,此少阳胆气不舒而风邪乘之,火不得散。”

风热学说:《医学准绳六要》:“风热耳聋。”

燥气学说”《素问·气交变大论》:“岁金太过,燥气流行,肝木受邪,民病耳无所闻。”

火盛学说:《证治汇补》:“新聋多热,少阳阳明火盛也。”这里的所谓“火”,是包括六淫之

火和五志之火两者。

寒气学说:《素问·通详虚实论》:“暴厥而聋,偏寒闭不通,内气暴薄也。”其病理机转,《景岳全书》解释为:“耳聋证,邪闭者,因风寒外感,乱其荣卫而然。”

湿邪学说:《素问·至真要大论》:“太阴在泉,湿淫所胜,民病耳聋。”

湿痰学说:《丹溪心法·耳聋》:“有因湿痰者。”

暑气学说:《类证治裁》:“有因暑邪闭窍者。”

温疫学说:《温热经纬》:“肺经之结穴,在耳中,名曰笼葱,专主乎听。金受火烁,则耳聋。温热暑疫等证,耳聋者,职(责)是故也。”

痰火学说:《明医杂著》:“耳鸣,世人多作肾虚治,不效。殊不知此是痰火上升,郁于耳中而鸣。郁甚则壅闭矣。”《张氏医通》:“此是痰火上升,郁于耳中而鸣”。《寓意草》认为“耳之用,妙在虚而能受也。外入之气,随大随小,至耳无碍”(见“附答岵翁祖书”)。痰为粘腻之邪,一犯清窍,当然会失去其“虚而能受”的正常功能,以致聋而不闻了。

痰火挟郁怒学说:《嵩崖尊生全书》:“或先有痰火,又或恼怒,怒则风升,少阳无火客于耳中,治以清痰降火为主。”《齐氏医案·耳证治验》:“此症多因先有痰火在上,又感恼怒而得。怒则气上,少阳之火客于耳也。”

阳气过盛学说:《素问·脉解篇》:“阳气万物,盛而上耀,故耳鸣也。”

气闭气滞学说:《圣济总录》:“气不宣通,内外窒塞,斯有聋聩之疾。经所谓五脏不和,则九窍不通是也。”又:“气厥搏入于耳而聋者,其候耳中浑浑焞焞,或耳中气满是也。”《类证治裁》:“有气闭猝聋者。”

郁结学说:《丹溪心法·耳聋》:“因郁而聋。”

酒伤学说:《丹溪心法》:“因酒遏者。”《顾氏医镜·症方发明·虚劳》认为“酒为湿热之最,极能伤阴,”所以因酒而致聋者,确有人在。

厚味学说:《医学入门》:“厚味动胃火,则左右俱聋。”

血瘀学说:《医林改错》:“耳孔内小管通脑,管外有瘀血,靠挤管闭,故耳聋。”所以王氏主张进服通窍活血汤。

清阳不升学说:《寿世保元》:“清气不升,所致也。”《四圣心源·七窍解·耳目根原》:“清阳上达则七窍空明,浊阴上逆则五官晦塞。晦则不睹,塞则不闻。”清阳之气不升,则浊阴上犯,于是空清之窍即失去其空清本色,当然非鸣即聋了。

浊阴上逆学说:《寓意草》:“谋虑郁怒之火动,阴气从之上逆。”《四圣清源》也谓:“耳病者,浊阴之气上填也,阳性虚而阴性实。浊阴下降,耳窍乃虚,则清彻(澈)而灵通,以其冲(充)而不盈也。”其实它与“清阳不升学说”同一范畴。

忧虑伤心学说:《古今医统》:“忧愁思虑则伤心,心虚血耗,必致耳聋。”

肝气、肝火、胆火学说:《素问·脏气法时论》:“肝气逆,则耳聋不聪。”《素问·至真要大论》:“厥阴之胜,耳鸣头眩。”《百病辨证录》:“胆火益炽,火借风威。”《临证指南·耳·丁案》:“肝阳独亢,令胆火上炎。”《医学刍言·第二十一章》:“耳聋肝火为多。”所以不论情志抑郁,邪盛侵肝,终使木失条达,肝失疏泄,郁而化火,循少阳经而上犯耳窍,以使空窍清道阻而不通。这种病例,占实证耳鸣、耳聋的大多数。

心火上炎学说:《百病辨证录》:“耳闻风雨之声,或如鼓角之响,人以为肾火之盛也,虽知是心火之亢极乎。”《医彻》:“心寄窍于耳,凡用心过度,火为之扰,然鸣则有之,聋则未也。”临床上的确不乏由心火上亢而导致的耳鸣,甚至耳聋。

相火浮越学说:《慎斋遗书·耳》:"耳病,少阳证也。足少阳支脉,从耳入耳中,少阳为相火。"《古今医鉴·耳病》也认为:"相火上炎,其人必遗精而两耳蝉鸣或聋。"至于《古今医鉴》"左耳聋者,因有所愤怒过度,则动少阳胆火。右耳聋者,因有所色欲过度,则动太阳膀胱相火"的说法,在临床上则不符合。

肺气虚学说:《素问·脏气法时论》:"肺病者,虚则耳聋。"为什么肺病可以影响于耳?《温热经纬》解释谓:"肺经之结穴,在耳中,名曰笼葱。"《证治汇补》也称:"肾开窍于耳而能听声者,肺也。因肺主一身之气,贯于耳故也。凡治耳聋,必先调气开郁。"

脾胃虚弱学说:《灵枢·口问篇》:"耳者,宗脉之所聚也。故胃中虚,则宗脉虚,虚则下潜,脉有所竭,故耳鸣。"《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》中解释谓:"头痛耳鸣,九窍不通利,肠胃之所生也。"所以《嵩厓尊生全书》认为"脾胃一虚,耳目九窍皆不利,故治脾为耳症第一义。"《医林正印·耳症》更肯定地认为耳鸣、耳聋是"因胃中空。"

心肾两虚学说:《圣济总录》:"肾气通于耳,心寄窍于耳,气窍相通,若窗牖然。声音之来,虽远必闻。若心肾气虚,精神失守,气不宣通,内外窒塞,斯有聋聩之疾。"《时方妙用·耳聋》:"肾开窍于耳。固也。而肾脉却不能上头,肾与心交,假道于心之腑,以上耳中之穴,名曰听宫,为司听之神。"《类证治裁》亦认为:"有因心肾亏,肝阳逆,虚风上旋蒙窍者。"

肾虚学说:《医林绳墨》:"肾水枯少,阴火沸腾,故耳中哄哄有声。"《证治汇补》:"耳聋为虚,少阴阳气不足也。"《齐氏医案》也谓:"若肾虚而鸣者,其鸣不甚,当见在劳怯等症。"总之一句话,《嵩崖尊生全书》谓之"肾惫则聋。"

肾阳虚学说:《东医宝鉴·外形篇·耳》:"耳目受阳气以聪明。"《百病辨证录》:"用祛风散火之药而鸣更甚。然以手按其耳则鸣少息,此乃阳虚而气闭也。"所以肾阳不足,则阳光不能温煦脏腑,火威不能上荣于窍。故《济生方·耳》第四首方中取用肉苁蓉、附子、鹿茸以大剂补肾温阳。

脑髓空虚学说:《灵枢·决气篇》:"脑髓消,耳故鸣。"

精脱学说:《灵枢·决气篇》:"精脱者,耳聋。"《诸病源候论》:"损于肾脏而精脱,精脱者则耳聋"。《寿世保元》:"精脱于下,则真阴不上泥丸而气不聚,故耳鸣。"

液脱学说:《灵枢·决气篇》:"液脱者,脑髓消,耳故鸣。"

气脱学说:《医学入门》:"耳聋,……有精脱、气脱之不同。"

津枯学说:《血证论》:"阴火上冲,则为耳鸣。神水不足,则为耳聋。"何为"神水"?《本草纲目·口津唾》:"人舌下有四窍,两窍通心气,两窍通肾液,心气流入舌下为神水。"

气虚学说:《灵枢·口问篇》:"上气不足,耳为之苦鸣。"

血虚学说。薛己注《明医杂著》的"耳鸣"谓"若血虚有火,用四物。"

气血两虚学说:《诸病源候论》:"劳伤于肾,宗脉虚损,血气不足,故为劳聋。"又"血气不足,宗脉则虚,故为耳鸣。"《罗氏会约医镜·杂症》十全大补汤注:"气血不足,耳鸣耳闭。"

病后:《类证治裁·耳症》:"有因病后虚鸣者。"《柳宝诒医案·诸窍·张》:"病后渐觉耳聋。"

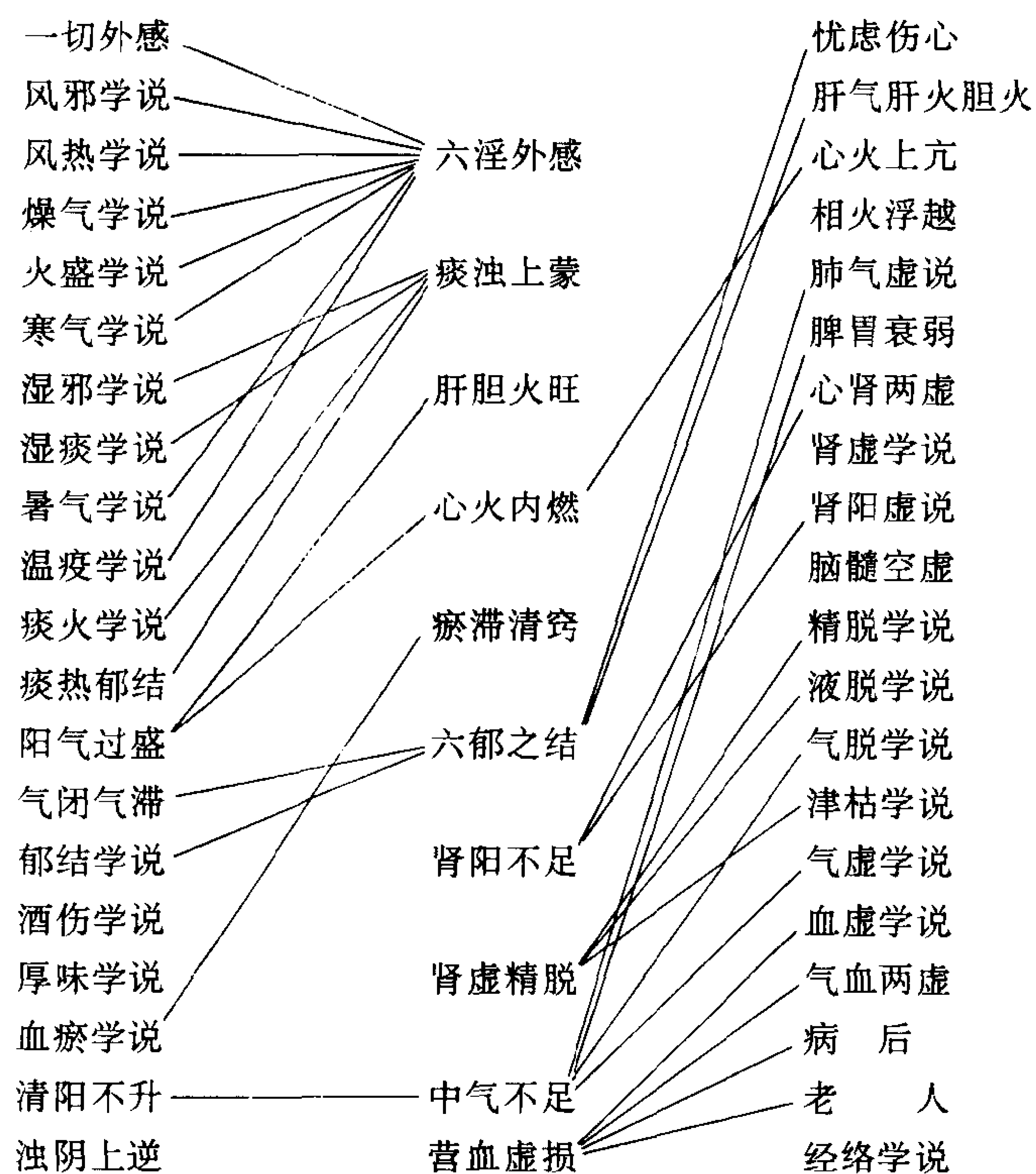
年老:《素问·阴阳应象大论》:"年四十,而阴气自半也。年五十,体重,耳目不聪明矣。"《冯氏锦囊秘录》解释为:"高年之人,肾水已竭,真火易露,故肾中之气,易出难收,浮越于上窍,窍内有声如蛙鼓蚊锣。"又谓:"至年迈,阴气内竭,不能上通而失听,斯聋矣。"

经脉学说:《张氏医通·七窍门·耳》:"在十二经脉中,除足太阳、手厥阴外,其余十经脉络,皆入于耳中,……故凡一经一络,有虚实之气入于耳中者,皆足以乱主窍之精明而兼至

聋聩。"

以上病因学说，林林总总，有四十种之多，而且肯定还有遗漏者，可以说是洋洋大观。但事实上各个学说之间，是互为因果、相互转化的。例如痰火，既可来之于外感，也可来之于七情，更可来之于脾虚、肾虚。"脾为生痰之本，肺为贮痰之器，肾为成痰之根"，就完全可以证实这点。肝胆之火，固然从抑郁召来，也可以由七情造成，更可来之于"水不涵木"。清阳不升者，定然浊阴不降，两者也是一而二、二而一也。老年性耳鸣、耳聋，是由于天癸的告竭，而告竭原因还是在于肾气日衰。病后与气血双亏，其实本质上是一回事。脑髓空虚、精脱、津枯、液耗和真阴不上泥丸，也都是关系于肾阴。因之我们在临床上，只要掌握要领，追本溯源，尽管头绪纷纭万千，不难驽繁就简。兹用归纳法加以简化如下表：

传统学说与临床实况统一表



临床实况有：

六淫外感：风、寒、暑、湿、燥、火，谓之六气，是天地四时自然变化的生气，宇宙间一切生物，都赖之以成长生息。但过盛之后，转为六淫，那就对一切生物有其危害性了。一般急性发作的以六淫为多，也即外因。

痰浊上蒙：痰之为患，常以内因的七情混乱，脏气不行，致津液聚滞，浊化腐败，这种败津腐液，就是痰。外感六淫侵犯，元府不通，当汗不泄，蓄而为痰。不内外因则饮食过量，嗜欲无度，叫呼劳累，养尊处优，四体不勤，津液不行，聚而为痰。这三者所致，因虽不同，为病则一。痰既形成，再经壅郁，于是化火为祟。痰为火之标，火是痰之本，以常而言火可生痰，在某种情况下则痰也能化火。在两者互为因果之下，势必上壅。《济生方》谓："人身无倒上之痰，天下无逆行之水。"所以没有火的威逼，痰是不会上壅阻滞而蒙蔽清窍的。只要痰与火一经结合，则一如《明医杂著》所谓："随气升降，遍身上下，无处不到"了。上蒙清窍，当然非鸣即聋了。

肝胆火旺："肝为将军之官"，故而禀性刚劲善怒。不过它同时具备了升发功能来达到"条

达”作用，就可与刚劲善怒互相调节。但在激动、愤怒、忧郁等情况下，则肝即失去条达的作用而致肝火上亢。肝胆之络附耳，因之循经上犯，则耳是首当其冲。所以《中藏经》二十二篇谓：“其气（肝气）逆，则头痛耳聋颊赤。”

心火上炽：心居丙丁火位，所以心之有火，其性天成。《医学源流论·君火相火论》认为“盖心属火，而位居于上，又纯阳而为一身之主”。火是生命的动力，但一旦妄动，动则起火，火盛则燃烧而毁伤正气，故《罗氏会约医镜·治法精要》称之为“元气之贼”。心寄窍于耳，肾开窍于耳，两者虽然“寄”“开”的不同，但都同体于耳。心主君火，肾主相火，心火一炽，也能病及相火，故而心火上炽，头面诸窍之首蒙其害者，除心苗之舌以外，唯有两耳了。

郁结：是结聚而不得发越，当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化。所以传化失常，诸病因此而作。诚如《丹溪心法·六郁》所谓“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁”。六郁，纵然来之于气、湿、痰、热、血、食六者的各个“异途”，但其为害性则“同归”于对机体的损害而致病。对于耳鸣、耳聋的关系，乃是郁结闭塞，空窍不空。

瘀滞清窍：血一离经，即为瘀血。它与周围营血早已睽绝不合。《血证论·瘀血》认为“瘀血乘肺，咳逆喘促”，“瘀血在经络脏腑之间，则周身作痛”，“瘀血在中焦，则腹痛胁痛”，“瘀血在腠理，则营卫不和，发热恶寒”，“瘀血在肌内，则翕翕发热”。总之，瘀血所到之处，就可以把该处的正常功能破坏而代之以该脏腑、该器官所特有的病痛。人身无处没有气血，故而由于气血造成的病痛也随处可得。瘀滞听窍，破坏其正常功能，予以妄闻幻听的鸣响，使司听器官失去听力。

肾阳不足：温养全身组织脏腑，维持生理功能和固卫体表的作用，完全是阳气的功绩。阳气充于周身，因散布部位不同，其作用和名称亦各异，但是最主要的是肾阳，故而也称元阳。一旦肾阳告匮，则全身阴霾笼罩，百病丛生。故《东医宝鉴·外形篇·眼》谓：“耳目受阳气以聪明。”所以肾阳不足，阳光不能温煦脏腑，火威不能上荣于窍，更不能泽及至耳目。

肾虚精脱：肾开窍于耳，经隶水脏，鸣聋毕竟以肾虚者较多。所以古人对耳鸣、耳聋的看法，也以肾经亏损为多。《灵枢·决气篇》首先指出“精脱者，耳聋”，“液脱者，脑髓消，耳故鸣”。总之不管精脱的耳聋或液脱的耳鸣，都是肾精的不足。《素问·上古天真论》：“年半百而动作皆衰者”，也正是这里“人年四十而阴气自半”之故。阴气者何？根据《灵枢·经脉篇》的：“筋者，聚于阴气”一语，可以证明它是肾气的别名。

此外《百病辨证录》：“人有双耳聋闭，雷霆喧呼之声，终不相闻而耳内不痛，此大病之后或年老人有之，乃肾火内闭而气塞也。”所以久病身弱及老年人的失听及耳鸣，也是肾气不足。前者是久病正气耗尽，后者乃“女子七七、丈夫八八天癸竭”之故。

中气不足：所谓中气，通常是指中焦脾胃之气和脾胃等脏腑对饮食的消化、运输、升清、降浊等生理功能而言，所以也称原气或元气，基本就是脾胃之气。人身出生以后，主要有赖于脾胃功能的健全，以保证生长、发育及生存的需要，而其中更为主要的是脾。因为饮食的精微是靠脾的消化吸收并输送到人体各个脏腑、肢体、器官中去，使之获得营养。而这种能将精微、津液上输于肺，再输布于全身而化生气血、营养机体的脾气，就是“升清”的作用。同时头面诸窍，长期保持其“空”“清”状态者，也完全依赖这种清阳之气。一旦清阳不升，浊阴即可乘隙而潜居头面，于是“空”“清”之窍不空不清而闭塞，表现于耳者，就是耳鸣与耳聋。吴仪洛在《成方切用·补中益气汤》里说的“伤其脾胃，则众体无以禀气而皆病矣，阳气下陷，则阴火上乘”，都是说明这个机制。这里的“运化”和“升清”，两者俱备。因之不论李东垣的《脾胃论》或赵养葵的《医贯》，都阐明或发挥了这个论点。

营血虚损:《灵枢·决气篇》:"中焦受气取汁,变化而赤,是谓血。"所以得知它是由营气转化而来,循行于经脉之中,用以营养全身脏器组织。此外又如目之视物因为有血,掌指的握摄活动因为有血,皮肤能有感觉因为有血,耳的所以能听也是有血。所以一旦血告枯耗,在耳者势必为鸣为聋。

气血双虚:是气虚与血虚同时并存者。

【辨证论治】

六淫外感:发病急骤,大多为急性发作。一般在流感、腮腺炎、带状疱疹等急性传染病的后期发作。也有由于感寒受冷当风而致者。常在短时间内听力明显下降,甚至失听,自声增强。也可伴以耳鸣,鸣声轰轰高亢。耳内常有闷胀及堵塞感,好像棉花栓塞一样。检查:鼓膜正常或稍有下陷。耳咽管常有堵塞,测听显示,传导性聋为多。全身症状表现为恶寒重、发热轻,头痛,筋骨关节酸痛,鼻塞流涕,发音重浊。舌苔薄白,脉浮紧等,偏重于风寒。全身症状表现为发热重、恶寒轻,甚至不寒,咽痛目赤,口渴,大便偏干,舌苔微黄,边尖露有红意脉浮数或浮大者,偏重于风热。临床表现为头重浑浑焞焞,胸间腰酸,四肢困倦,关节疼痛,食欲呆顿,腹胀腹泻,小便稀少。舌质淡胖,苔白腻,脉濡缓者,偏重于湿浊为患。

痰浊上蒙:发病有急有缓,而且急、缓之间相差很大,除听力下降之外,必伴以阻塞感及胀满感。耳鸣则鸣声音量大而音调并不太高,而且为持续性。全身症状无急性病态,有头部重胀感或钝痛,浑浑焞焞,胸口窒闷。舌苔滑润厚腻,舌体淡白,脉多软涩或滑。检查:鼓膜浑浊,其浑浊程度往往因病程的长短而各异,病程愈长者愈明显。严重的常可使光锥消失,标志不清。测听为混合性聋。

肝胆火旺:发病也较迅速,甚至在突然之间完全失听。但病愈则十分缓慢。必伴有耳鸣,而且鸣声高亢刺耳,甚至像火车、飞机的气笛,使人烦躁不安。常为阵发性,一阵轻一阵重,所以病人常感这种耳鸣比耳聋更为痛苦难受。全身症状为头痛头胀,头昏眩晕,血压偏高,口苦,面红目赤,少数病例胸胁作痛。舌薄黄苔,质红或边尖红,脉弦、硬、有力。检查:鼓膜正常,也有少数乳突有压痛。测听可出现感音性聋。

心火内炽:本型病例比较少见,重者耳内可有疼痛感,耳鸣或耳聋都较严重。情绪激动时更为厉害。全身症状有,心烦怔忡,心中烧灼感,面赤,小便黄赤,夜寐不宁甚则常伴口舌生疮。舌少苔,尖红绛,脉数。检查:鼓膜正常。少数病例可出现轻度的充血潮红。测听多为感音性聋。

瘀滞清窍:本病在临床上有两种截然不同的类型:其一为爆炸性耳聋,发生于受到强烈的声音或耳部受到剧烈震伤之后。绝大多数是鸣聋并作,伴以疼痛,往往开始即有严重的耳聋及强烈的耳鸣。检查则鼓膜可有破裂出血,隔不多时出现充血。但也有正常无恙者。其二发作于不知不觉中,往往病人难以主诉起病时日。检查,鼓膜正常。这两者的共同点,都无全身症状。舌、脉无特殊反映,少数舌有紫气。测听为感音性聋,当然也有混合性者。

六郁之结:诊断根据,在全身症状:一般气郁者,胸胁痛,脉沉涩。湿郁者,周身性疼痛,或关节酸痛,遇阴寒天气加重,脉多沉而细。痰郁者,脉多沉滑。热郁者,胸闷,小便赤,脉沉数。血郁者,四肢乏力,能食而精疲,脉沉。食郁者,嗳酸,脘满腹饱作胀,纳呆,脉沉实。

肾阳不足:耳聋为渐进性,鸣声低调而量大。全身症状以肢体得不到阳气的温煦及卫气失去固表的能力为特征,容易感冒,常感形寒肢冷,面色㿠白,夜尿频繁。阳气一衰,精气不充,骨与脑髓失其濡养,故而腰膝酸软。舌质淡白而瘦,脉沉迟微弱。检查:鼓膜正常或萎缩,测听多为感音性聋。

肾虚精脱：病程必然较长。失听程度不等，可从稍有障碍到完全失听。耳鸣细小而长，延绵不绝于耳。但接受噪音后而能掩盖去较轻的耳鸣。这与实证相反，实证则往往因外来的噪音而增加其耳鸣声，甚至产生烦躁不宁。全身症状也是本型耳鸣、耳聋诊断的重要依据，大多表现为头晕、健忘，因为肾阴亏损，不能生髓充脑之故。又以阴虚生内热，所以下午常两颧飞红、手心足跖灼热，心中烦热等等。又以阴虚则相火妄动，所以扰动精室而不能封藏，于是男性则遗精早泄，女性则经闭不孕。又以阴津不能灌溉诸窍，所以同时必口干咽燥。舌苔薄而干，舌质红，脉细数。检查：鼓膜正常(假定有病变，那是另属他病)，也可出现极轻度的萎缩。测听多为感音性聋。如为老年人，高音频率首先降低，听力损失两侧对称，戴助听器后，听力可以明显提高。

中气不足：中气不足，意味接近脾土衰弱。它发病缓慢，大多在无意中发现听力日衰。鸣声则音量大而音调极低，在疲劳后及饥饿时更明显。全身症状为精神倦怠，四肢无力，食欲不振，甚至食后胃脘作胀。大便多为溏薄，而且圊解不畅，手纸使用许多而肛门仍难擦净，小便清白，甚至频频欲解，量则不多，面色皖白不华，冬令特别畏寒，严重的可致重裘难温。脉大而濡软，舌质嫩、胖、淡白，边缘常有齿印如锯。

营血虚损：即血虚。起病虽然缓慢，但较气虚者迅速一些。耳聋程度不等，鸣声则时轻时重，音调音量，都较一切虚证高亢一些(与实证来比，当然比实证低微得多)。全身症状也常以阴血不足不能滋养脏腑经络而出现各种衰弱症状，例如头晕眼花，手足麻木，视力衰退。女性则经行量少，衍期甚至经闭。舌质淡而瘦，两唇苍白。脉细无力。

气血双亏：主要诊断依据，在于全身症状。局部鸣声，音调很低，音量不大。全身表现为面色苍白，头晕心悸，气短乏力，精神疲怠。舌质嫩淡，脉细弱无力。检查：鼓膜失去光泽。

以上诸证，不出虚、实两者。只要辨清虚实，取法用方决不乖误。辨别虚实，最准确可靠而方便者，为干老两种辨证方法。一为辨音调音量法：凡音调高的为实，低的为虚。在从实转虚过程中也能循序渐进(无由虚转实的)。音量大多实，音量小多虚，但特大则又为大虚证。虽然《景岳全书・耳证》中早就指出"声大者多实，声细者多虚"，但古人还没有条件来区别音调与音量，所以张氏此言，仅仅说对一半。可是音调、音量，现在还没有客观的测查办法，只能依据病人的自诉。病人很多不懂什么是音调、什么是音量。那么只有要求病人描述鸣响的情况，如火车、飞机的为音调高、音量大；蝉鸣者为音调高、音量小；刮风声为音调低、音量大；沸水声为音调低、音量小。二是依据能否接受外来噪音法：一般外来噪音加之于耳鸣者，有三种不同的反应。一是可把鸣声减轻或抑制到消失，干老称为"能接受"；二是非但不能抑制鸣音，反而其鸣更响，甚至产生厌恶或烦躁，干老称为"拒绝"；三是对噪音无任何感觉，干老认为无参考价值。凡能接受者为虚证；拒绝者为实证。而且由能接受或拒绝的程度还能反映虚实的程度。

・内治・

耳鸣、耳聋的治疗，除部分有器质性病变者之外，主要依赖内治。

六淫外感：总的大法，都是疏散外邪。凡属寒邪外感者，应用辛温解表法，常用代表方有香苏饮或荆防败毒散之类。常用药：苏叶、荆芥、防风、前胡、枳壳、桔梗、陈皮、半夏等。但夏季天气炎热，容易出汗，所以取药不可偏重。凡风热外感，可用辛凉解表法，常用代表方有桑菊饮、银翘散之类。常用药：银花、连翘、桑叶、菊花、竹叶、芦根、浙贝母等。偏重于湿浊者，当化浊利湿为法，常用代表方有八正散、五苓散之类。常用药：茯苓、泽泻、猪苓、白术、车前子、六一散、桂枝等。暑湿则用藿香正气散或重用六一散(滑石、甘草)。常用药：藿香、苏叶、大腹

皮、枳壳、防己、菖蒲、川朴、陈皮、茯苓、六一散。

以上不管哪一证，如菖蒲、路路通、荷茎等化浊通气开窍药物，都是必用之品。

痰浊上蒙：尽管痰的种类很多，但此症则绝大多数为湿痰，偶有痰火。所以也以化湿消痰法最为常用，常用代表方以二陈汤及其衍化的温胆汤、导痰汤最为适合。常用药：陈皮、半夏、茯苓、甘草、胆星、枳壳、竹茹、川朴、苍术、白术等。为了加强消痰作用，则加有白芥子的王氏二陈汤尤为恰当。痰火，取清火化痰法，常用代表方为清气化痰丸。常用药：胆星、半夏、陈皮、枳壳、枳实、瓜蒌仁、黄芩、茯苓等。

肝胆火旺：以清肝胆郁火为是，但其中还有两法：其一，苦寒直折，使炎炎之火一挫而清，代表方有龙胆泻肝汤或栀子清肝汤之类。常用药：龙胆草、柴胡、黄芩、白芍、当归、丹皮、生地、山栀、竹叶、车前子。其二，肝胆之火，大多为龙雷之火的无根之火，不能苦寒直折。否则，“徒用泻火之汤，则胆汁愈干，胆火益炽，火借风威，愈肆焚烧而其病转甚矣”（引《百病辨证录》语）。所以运使滋阴潜阳一法，代表方有杞菊地黄汤、丹栀逍遥散之类。常用药：枸杞子、菊花、熟地、山药、当归、白芍、丹皮等。

心火内炽：热者清之，当以清泻。古人治疗耳鸣、耳聋本来就有“泻离填坎”一法。常用代表方轻证用导赤散，重证用泻心汤。常用药：生地、竹叶、茅根、木通、丹皮、黄连、赤芍、连翘、知母等。

瘀滞清窍：《血证论・瘀血》强调：“故凡血证，总以去瘀为要。”因之应取活血化瘀法，常用代表方有通窍活血汤，严重的可用加减三甲散。常用药：桃仁、红花、川芎、赤芍、当归、香附、泽兰叶、益母草、丹参等。

六郁之结：六郁有气郁、血郁、热郁、湿郁、痰郁、食郁六者，常用代表方有越鞠丸加减。但本症很少食郁，血、热、湿、痰四者在以上治法中基本都已涉及，所以唯以气郁为主。取用越鞠丸时加以筛选，并结合理气药如香附、乌药、青皮、菖蒲、木香来裁方。

肾阳不足：这是肾中火衰，真阳不足，必须益肾温阳。《成方便读・六味地黄丸》的：“温肾中之少火，以御阴邪”，即指此而言。常用代表方有附桂八味汤或右归饮之类。重证可用肉苁蓉丸。常用药：熟地、山药、山萸肉、补骨脂、骨碎补、肉苁蓉、杜仲、桑寄生等。

肾虚精脱：凡慢性虚证，首先考虑的就是肾虚。所以应取滋阴益肾为法，常用代表方有六味地黄汤（丸）、左归饮之类。常用药：熟地、山药、山萸肉、枸杞子、龟板、五味子、菟丝子、磁石。大补阴丸也为人们所乐用。现在临床上常用的耳聋左慈丸、磁朱丸等，仅仅对这一型的耳鸣、耳聋有作用。

中气不足：治法是补脾健土，益气升清。常用代表方有益气聪明汤或补中益气汤之类。此外，四君子汤、参苓白术散等也是适合之剂。常用药：升麻、柴胡、黄芪、白术、白芍、党参、当归、葛根、甘草等。但需佐以升麻、柴胡、葛根等升提之品。当然，对患有高血压病者，升提应该审慎。

营血亏损：既然由于血虚，当然极需营养补血。常用代表方有四物汤或养血归脾汤之类。常用药：党参、黄芪、白术、当归、甘草、茯神、广木香、龙眼肉、酸枣仁等。

气血双亏：宜气血双补，常用代表方有八珍汤或十全大补汤之类。常用药：黄芪、党参、白术、茯苓、当归、白芍、川芎、熟地、首乌、桑椹子等。

以上的辨证论治，只能是“固定安排，灵活应用”，不能刻舟求剑“对号入座”。此外《医彻・耳病》中谓：“少阴之气，藏于耳中，而其外蔽者，则少阳之风火，扰乱相扇，驱其外邪斯得矣。若乎肾气不充，少阴之脉（作气字讲）不至，惟峻补真阴，入以镇坠之品，则气不上乱，复其

司听之职。则虚而能受，如空谷之音，响应立赴矣。”主要意思是，急性的以清肝胆风火为主。慢性久病，则重剂滋补阴精。而且还重倚“重镇”之品，所以耳聋左慈丸（本方有两个处方：其一为六味地黄加柴胡、磁石。其二是六味地黄加磁石、五味子。），在治疗慢性肾虚证耳鸣、耳聋有它的地位，不是偶然的。

·外治·

外治首推针灸，最为理想。不过各家各派的取穴、手法，人人各异，难求统一。最常用者，为选用听宫、听会、耳门、翳风、听响（在耳门上一分凹陷中）五个穴位。隔日一次，每次 3～4 穴，留针 10 分种，中间捻旋一次，中等刺激，七次为一疗程。每一疗程中，间隔三天。针感最好须传导到耳内。

耳中塞药疗法，尽管历来记载的方法、用药很多，但疗效则不太确切，因之使用者日渐减少。

导引按摩，尚有一定疗效，其中还涵有保健在内。考导引又称道引，义取“道气令和，引体令柔”的意思。对耳鸣、耳聋和梅尼埃病最为适宜。《诸病源候论·耳聋候》引《养生方》就有许多导引方法，如“坐地交叉两脚，以两手从曲脚中入，低头叉颈上，治久寒不能自温，耳不闻声”。《保生秘要》：“凡搓掌心五十度，热，闭耳门空观。次又搓又闭又观，如此七度，耳聋皆如此导法。”致于它的机制，则《保生秘要》解释为：“用意推散其火，男则用逆，收藏入两肾之间，女则用顺，归藏于两乳之下。”这里的“用意”，也是排除杂念，耳不闻，目不视，鼻不嗅，心静神凝，把思想意识凝聚起来与大自然浑然一体。

《外台秘要·耳聋》也有几种导引方法治疗耳聋的，如“脚着项上，不息十二通，必愈大寒，不觉暖热，久顽冷，耳聋目眩”。这里的“脚着项上”，也是“用意”，即凝神聚精，以意领气，以气运身。“不息”相同于“闭息”。“十二通”指约十二次呼吸的时间。这是调整呼吸来配合导引的进行。

《红炉点雪》与《遵生八笺》俱有掩耳去头旋法，谓：“静坐、升身、闭息，以两手掩耳，摇头五七次。存想无神，逆上泥丸，……清洁神宫。”《遵生八笺》还解释其作用是：“以逐其邪，自然风邪散去。”“存想无神”是指心无杂念，用意念的集中而达到虚无的境界。“泥丸”，《黄庭内景经》称上丹田为泥丸，也就是眉心，用来代指大脑。在这里是说有凝神用意直达大脑感觉。“神宫”，指神明寄寓之处。

《保生秘要》耳咽管自行吹张法与《景岳全书》鼓膜按摩述等，事实上也是导引按摩。

治疗耳鸣、耳聋最常用的导引是，用两手分别按摩左右耳廓，反复按压和摩擦 1～2 分钟，或用中指尖插入患病耳外耳道口（指甲应剪掉），轻轻摇动数十次后，使外耳道的空气排出，突然拔出，当时即有“哄”的一声，甚至鼓膜也有震动感。如此可重复 3～5 次。或用两手中指，分别反复按压两耳耳屏，使耳屏掩住外耳道口，一压一放，有节奏地重复数十次。最简单的方法，可以两手食、中两指按压于左右乳突骨上，按摩 1～2 分钟，不拘次数。

“鸣天鼓”，为治疗（有时也可作为保健预防用）耳鸣、耳聋人尽皆知的导引方法。其操作是先按摩两侧耳廓，待有热感产生后，再用两手食指、中指、无名指、小指，对称性横按在两侧枕部，两中指接触相联，再将两食指翘起叠在中指上面，然后把两食指从中指上用大力滑下，重重叩击枕骨，当时即能由骨导引起的一声巨响，这一声宏亮清脆，如同击鼓。先左手 24 次，再右手 24 次，最后左右同时动作 24 次，即整个操作过程完成。

另有《遵生八笺》的“击探天鼓”，基本上与鸣天鼓如出一辙，唯动作时两手掌心紧贴外耳道口，使外耳道呈密封状态，然后与鸣天鼓同样操作。

·其他·

食疗较为有效而最方便，而且病人也乐于接受。以"药食同源"而论，在理论上也更是一个良好的办法。常用的有：

核桃：取用生食。每天临睡，吃2～3个，必须长期取食，非半年一年不可。

黑木耳：一般佐餐食用，连进数个月或一年。

黑芝麻：炒熟，研粗末，加适量食糖，拌匀。每日临睡时与晨起，各吃1～2匙，也需长期进食。大便不实者，不宜。如有习惯性便秘者，本方同时也可治疗，而且疗效良好。

【预防与护理】

(1) 聋者，尤其是老人，出门必须注意。远途旅游，必须有人陪伴。

(2) 平时做好保健工作。

(3) 食疗法已如上述。此外，尚有山药粉、首乌粉作点心，也是很好的食疗法。

(4) 戒除挖耳、掏耳的坏习惯。

(5) 睡眠要充足，临睡忌进浓茶、咖啡、可可等饮料。

(6) 注意防止水渍入耳。

(7) 枕头不宜太高或太低。

(8) 涵养性情，减少情绪波动。

(9) 慎用抗生素，尤其是链霉素、庆大霉素、卡那霉素等有耳毒性者。

(10) 尽量减少噪音，尤其是对轻度聋者。

(11) 避免爆炸声。在无法或不及远避时，用手掩耳或把嘴巴张开。

(12) 助听器对听力损失在40～80分贝之间的耳聋者最适合。对于早期聋病者，不宜急于配戴。

第二十八节　震动性耳鸣

震动性耳鸣，是指确有声源的情况之下，耳中听到声音。

《素问玄机原病式·六气为因·火类》第十七节："耳鸣有声，非妄闻也。"刘河间就一言破的地指出除了上面所说的耳鸣之外，还有另一种非妄闻的耳鸣。其病因也明白地指出，是"鼓其听户，随其脉气微甚而作诸音声也"。刘河间谈这个非妄闻耳鸣的论说，用现代语来表达，是这样：耳鸣在理说，是一种幻听，但现在这种耳鸣，听起来的确是有其声音的，但却不是幻听。……这种声音，是由某一种火气冲击其司听之官（听户），而且根据其血流（脉气）的轻（微）重（甚）来制造出各种不同样的音响。

【临床表现】

震动性耳鸣大多以一侧为多。鸣声常表现为："咔嗒""咔嗒"清脆的声音；有节奏的"苏""苏"，或有节奏的"咚""咚"声；随头部、颈部的体位活动或张口或吞咽食物时即发生。

检查方法：用去了"头"的听诊器或橡皮管，一边插在作响的病者耳中，一边在医生耳中，医生可以听到与病人同样的耳鸣声。重压鸣响一侧的颈部，鸣声即可减轻甚至消失。扪摸鸣响侧的颈部有无包块。对这鸣声，也是重要的检查手段之一。诊断这种鸣声最可靠的依据是鸣声与心律同步与否？

【病因病机】

鼓膜、听骨的震动或鼓肌收缩等亦可导致。

血管搏动，如颈动脉、椎动脉、横窦、颈内静脉的病变。绝大多数是出现这种鸣声。

颈部有包块或肿胀，压迫血管，也是出现这鸣声。如扪到肿块，尤其是韧硬而不活动者，必须提高警惕，要考虑五官部特别是鼻咽部的恶性肿瘤淋巴系统的转移。

咽缩肌及咀嚼肌收缩，大多在吞咽或咀嚼时发出。

颈椎或下颌关节的弹响，在头位活动及咀嚼时发出。

【辨证论治】

属于血管病，大多为瘀阻经络。实证为一般性血瘀。虚证为气弱不能鼓舞血行而然。

血管周围肿物压迫血管者。应该转诊于外科，予以细致检查，以明确诊断。

关节弹响，多因津不涵养关节所致。

各种肌肉的收缩，实证大多为风，虚证大多为血虚失于营养。

以上辨证，除了局部症状可以提供诊断根据之外，更主要的依据在于全身表现及脉舌之诊。

·内治·

血瘀证：实证取复元活血汤之类。常用药：柴胡、当归、红花、桃仁、川芎、赤芍、甘草、川牛膝等。虚证取八珍汤之类。常用药：党参、白术、茯苓、当归、川芎、熟地、白芍、阿胶、首乌、益母草、红花等。

血管周围肿物压迫者：实证应舒肝解郁，行瘀化痰法，常用方为舒肝溃坚汤。常用药：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、夏枯草、僵蚕、浙贝母、天花粉、昆布、三棱、莪术等。虚证应取香贝养营汤之类。常用药：党参、白术、白芍、茯苓、陈皮、香附、贝母、熟地、当归、川芎。

血虚挟风者，四物汤加防风、桑寄生、秦艽、功劳叶、络石藤等物。

血虚者，四物汤加络石藤、首乌藤、功劳叶、油松节等药。

·外治·

有包块者，贴阳和解凝膏。每贴需七天不得揭下或更换。

【预防与护理】

无特殊的预防及护理。

第二十九节　听力过敏

中医传统名称为“耳聪病”、“耳通”。本病大多出现于久病、正气大虚者。它与幻听完全不同，幻听乃没有客观的声源存在，而听力过敏则客观上的确有其声源。

《角山楼增补类腋》：“殷仲堪父，患耳聪病。闻床下有牛斗声。仲堪视之，有两蚁相斗耳。”这是一例典型的听力过敏。

【临床表现】

听力惊人的灵敏，表现在两个方面：其一，极微细的声音，正常人是无法听到的，但病人非但可以听到，而且觉得特别响亮和清楚。其二，极远的声音，这种超距离的声音，也是正常人所无法听到的，但病人则可以清楚地听到。

一切检查无异常表现。

【病因病机】

《奇症汇·耳》：“纤尘飘落，亦能闻之。并能闻极远之声，谓之耳通。即内经所谓游行天地之间，视听八达之外。……良由内火衰微，正气下陷，因窍虚，反聪其耳。”

临床实况是正气虚竭到极点，为神不守舍使然。

【辨证论治】

在外表现为气血双衰，神怠肢倦，脉来细弱。

在内方面，气血的极度衰弱，致阴阳乖绝，神魂离体而然。

·内治·

重剂大补气血，佐以安神。可用高丽参(红参)、茯神、五味子、当归、阿胶、珍珠母等煎药进服。必要时用珍珠粉，也是适合的对证药物。

此外，八珍汤、十全大补汤也可取用。

【预防与护理】

(1) 保持病人情绪稳定，尤其是不能接受各种刺激。

(2) 严禁有刺激性的食物，当然还包括烟、酒与辣。

(3) 辅助以食疗，可常进莲子、桂圆、核桃、黑木耳、童子鸡、蛋、牛奶、蜂皇浆之类食物。

(4) 加强活动与体力锻炼。

第三十节　聋　哑　病

聋哑病，指自幼即两耳完全失听，也有1～2岁时，因使用奎宁、链霉素、卡那霉素、庆大霉素等中毒而致，以致和外界一切音响隔绝。失去学习语言的机会，从而既聋且哑。

祖国古代文献很少记载，唯《方言》之"耸、聹，聋也"的耸字、聹字和《说文》之"聵，聋也"的聵字，经过近贤余云岫氏的考证，认为都是聋哑病。余氏在《古代疾病名候疏义》中解释谓："生而聋者，亦谓之耸。盖生而聋者，必双聋，且多哑不能言，今谓之聋哑。生而聋曰聵，生而聋者必哑，今之先天性聋哑是也。"假定余氏分析是准确的话，那么聋哑病在祖国很早有研究了。

比较明确地谈到聋哑病者，可能是《类证治裁·耳症·通鸣散》的："有小儿耳聋者"。

史载：北周工部中大夫裴侠，到七岁还是聋哑不言。唐太宗时，进士杨意与唐睿宗时，刑部尚书杨元琰，他俩在童年时也都不会讲话。他们是否为聋哑病患者？如何成年后即不聋不哑？是否经过治疗？可惜已无从考证了。

此病长期以来都被认为是难治难愈之症。

【临床表现】

这种病人在外表上都很健康，没有任何病态，只是听不到声音和不会说话。但是程度则不等，绝大多数是两耳听力完全消失，无音响反应，不会讲话。少数的一侧听力残存一些，但不能了解声音或语言的意义，或可发出单字不真切的唇音。

检查：

一般检查：包括耳聋史、出生史、怀孕期史(包括母亲当时的疾病与医疗史)、家族史和病历的分析。

耳鼻咽喉科检查：聋哑病的鼓膜多为正常。由于鼻咽部的耳咽管与中耳相通，因此鼻腔、鼻咽部检查也必不可少。同时也要注意舌系带是否过短？舌头运动是否灵活？

听力检查：根据年龄，可用不同的声音来进行测验。几个月的幼婴儿，可用拍手、铃声、口哨等在小儿背后作突发声音测验。倘听力存在，则能及时地出现惊跳、哭闹、眨眼、转动头部去找寻声源等反应。对较大的儿童，可用言语、闹钟、手表等进行试验，甚至使用音叉。

前庭功能检查：有条件者，可采用旋转或冷热试验，前庭功能完全丧失者，多没有残余听力。如前庭功能正常或稍有减退，则尚有残余听力。一般后天性聋哑病，前庭功能丧失者较多见。

临床鉴别聋哑分类的简便方法：

按病因分类

先天性聋哑：出生后一直无音响反应，未患过致聋致哑的疾病，也未用过致聋致哑的药物。

后天性聋哑：出生后有听力及发音能力，因伤、病、药物等原因所致的聋哑。

按临床症状分类

全聋哑：在脑后大声说话或击掌，无反应。不能发出较清楚的单音。

半聋哑：在脑后1米内有声响反应，尚能发出较清楚的单音。

单纯耳聋：分全聋、半聋，标准如上。

单纯哑：分全哑、半哑，标准如上。

【病因病机】

《外台秘要·求子法及方》："凡欲要儿子生吉良者，……此时受胎，非止百倍损于父母，生子或喑哑聋聩。"

《妇人良方·食忌论》："食虾蟆鳟鱼，令子喑哑。"

《妇人秘科·养胎》："盲聋喑哑，痴呆癫痫，皆禀受不正之故也。"

根据以上论点，认为造成先天性聋哑的原因，是由于不正常的起居、不适宜的饮食、不科学的胎教所导致。

临床实况，系因先天因素或婴幼儿时种种原因使双耳发生严重的耳聋以至全聋，完全不能接受外界声音的刺激或不能完全接受外来音响，终致无法学习言语或巩固和发展已经掌握的低级语法，以致造成既聋且哑。

【论治】

一般常用针刺方法。

主要穴位：

耳门　听宫　听会　翳风　下关　哑门　廉泉　中渚　外关　陵下　瘈脉　角孙　完骨　四渎　通里

处方：

主穴：耳门针刺，听宫、听会直刺得气后，退针皮下，斜刺听宫、听会、医风、哑门、廉泉（后两穴，每日交替使用）。配穴：中渚、外关（每日左右交替使用）。

主穴：耳门斜刺听宫、听会、哑门。配穴：中渚。

主穴：下关斜刺，听宫。配穴：陵下。

方法：

针刺的要领是：快进针，慢收针，行完手法快出针。

进针：一般采用2寸或2.5寸长的28～30号毫针。用右手拇指和食指捏住针尖稍上些处，迅速刺入皮下。然后左手扶持针体，右手拇、食指捏准针柄，慢慢送到需要的深度。

手法：进针后，大多取捻转和刮针法，给予强刺激。但开始1～2次，可用中弱刺激，以后逐渐加强。当然，还要根据病因、病情、病人体质及对针刺的耐受力不同而选用不同的强度。

出针：待有酸、麻、胀感后，即快速拔针，不留针。

疗程：每日一次，10次为一疗程。每一疗程后，休息3～5天。

辅助治疗：舌系带修整（舌系带过短者）；耳咽管吹张；中耳炎治疗（有化脓性中耳炎者）；发音训练（重点）。

总之，聋哑一病，到目前为止，全世界尚无有效方法来治疗。干老在60多年临床中总结一方，组成仅三味：葛根6克　川芎3克　破故纸10克　浓煎2次，每日一剂，无间断进服100天。对聋哑病有一定疗效。

【预防与护理】

（1）先天性聋哑的预防：妊娠期注意胎教；孕妇有病，审慎用药，尤其是已证实可影响胎儿听力的几种药物；避免近亲结婚；妊娠期注意营养。

（2）后天性聋哑的预防：感染急性传染病，要认真、彻底、及时予以治疗；邻近器官有病，也应彻底治疗；慎用或禁用已证实有损听力的几种药物；婴幼儿三个月后，要使其避开爆炸声及噪音。

（3）护理方面：聋哑儿童因他（她）不能言语，所以性情比较暴躁，而且他不能得到正常教育，所以也常常蛮不讲理，应该予以同情和谅解。

第二章　鼻　　部

第一节　酒渣鼻(附)鼻赘

酒渣鼻也称赤鼻或鼻赤,但《素问·刺热篇》的"脾热病者,鼻先赤"和《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》"设鼻微赤,非时者死"的鼻赤并非本病。

自《史记》始谈及本病后,之后有不少的名称,如:齃鼻、皻、渣鼻、皶、齇疱、酒瘡鼻、酒瘡、肺风鼻赤、赤糜、皻鼻疮、赤鼻、肺风红鼻、鼻皻准赤、酒皶赤鼻、鼻准赤色、鼻上皶皰、鼻外皶瘤、酒渣鼻、糟鼻子、鼻肿等。

本病好发于成年,男女均有,但以男性为多。它是发生于鼻外部的慢性皮肤损害,可累及面部。病程极长,往往迁延数年至数十年,难医难愈而累及终生,所以《医宗金鉴·外科心法》认为其"最为缠绵"。

至于鼻赘,乃是由于长期患有酒渣鼻而致鼻翼及鼻尖部皮肤肥厚变性所致,形成典型的畸形,诚如《医方考·鼻疾门·大朴散》所谓"鼻赤如榴",故可称甜薯鼻。《史记·范睢蔡泽列传》之"先生齃鼻巨肩",司马真索隐谓"齃鼻,鼻如蝎虫也",这种描写也符合于鼻赘。

本病是否有遗传与家族史,至今还没有定论。《北史·王慧龙传》:"王氏世渣鼻,江东谓之皻。王慧龙鼻渐大,浩曰,真贵种矣。"此外《玉篇》的"鼸(读谦) 鮎(读尖)",正是严重的鼻赘,使鼻子因之下垂。《古今图书集成·博物汇编·艺术典·医部》171 卷的"有人鼻大如拳"者,即指鼻赘。

【临床表现】

第一期(红斑期):自觉鼻部产生灼热感。外观鼻尖皮肤弥漫性潮红,毛细血管扩张如树枝状,压之退色,《诸病源候论》描写为"赤皰帀帀然也"。皮脂腺口扩大,皮脂分泌增多,表面油腻光亮,《医宗金鉴·外科心法》的"破出白粉汁"者即指此而言。每当饮酒、吃辣、冷热刺激或情绪紧张之际,更加明显。

第二期(丘疹期):在潮红基础上成批出现多数散在性、境界不明的红色丘疹,形成小脓疱,《医宗金鉴·外科心法》说它是"起碎疙瘩,形如黍屑,色赤肿痛",而肿痛大多在有感染时出现。鼻尖鼻翼上的坚硬结节也由于时日的延长而增大增多起来。它虽然不趋向于化脓,但毛细血管扩张则更明显。皮脂腺口也扩大成为漏斗状态。

第三期(肥大期):日久,结节增大,往往数个聚集融合,高出皮面,肿痛或形成小瓣状,相互联结,使整个鼻子下端肥大起来,《医方考》的"鼻赤如榴"与《古今图书集成》的"鼻大如拳",正是指此而言。成年人鼻尖、鼻翼,长期红赤,皮肤粗糙,毛孔扩大,有时有白色的皮脂分泌溢出。后期,鼻体扩大,出现结节增生。

【病因病机】

嗜酒:自《诸病源候论》"此由饮酒,热势冲面,而遇风冷之气相搏所生"的说法出现以后,后人附议者很多,如《医学正传·鼻病》:"饮酒之人,酒气熏蒸,面鼻得酒,血为极热,……故色紫黑。"《外科证治全书·鼻皻》之"好酒者多得此病"等。也有人不同意,例如《秘传证治要诀·拾遗门》就认为"有不能饮而自生者,非尽因酒,酒渣乃俗称耳"。

风热：《外科启玄·肺风疮皻鼻痓》："鼻乃肺之窍，因肺气不清，受风而生，以致血热凝结于面所有。"

肺热、胃热、脾热：《三因方》："肺热，鼻发赤瘰，俗名酒皶。"《外科证治全书》："肺受热邪所致。"《外科正宗》："肺风、粉刺、皶鼻，三者同种。粉刺属肺，皶鼻属脾。"《医宗金鉴·外科心法》："胃火蒸肺，外受寒。"

血热：《冯氏锦囊秘录》："凡鼻头白者，亡血也。赤者，血热也。盖面阳中之阳，鼻居面中，一身之血，运至面鼻，皆为至清至精之血。……血热而沸腾，则独红而且赤。"《外科正宗》亦称："总皆血热郁滞不散所致。"

瘀血：《外科启玄》："或冷水洗面，以致热血凝结于面所致。"这是血瘀论者。《外科证治全书》的"血热遇寒"，也是此理。王清任用通窍活血汤来处理本病，也是受到这个论点的启发。

以上五说，可以转化。例如《医宗金鉴·外科心法》的"胃火蒸肺外受寒"，《医林改错》的"糟鼻子，色红是瘀血"。似乎前者为热而后者为瘀。其实前者乃前期的主要之因，后者为后期病理之果。临床上常见的病因有以下几种：

风热：大多为风热外侵，或食辛辣刺激，也有内热蕴结，外遭风寒，致热难外泄，于是搏结于鼻尖部腠理之间。这大多为第一期中的红斑形成阶段。

血热：中期丘疹阶段，都为肺热、脾热和胃热逼血，终至热伏营血，致积热难化难泄。

瘀结：到了后期，不论风热还是血热，终以瘀滞为结局。

酒渣鼻的病因，初期风热为时短暂，几十天至几个月。中期血热，为时稍长，仅为数月。血瘀阶段则较长，几年、几十年，瘀滞不消，红赤肥肿不退。

【辨证论治】

风热：风之为物善变而好动，不可能长期留驻，而且为患之处，部位于浅表肌肤，所以表面红赤。正因其浅表，故而加压红赤可退。《顾氏医镜·虚劳·虚劳所宜饮食药物及养生之法》："烟为辛热之魁，酒为湿热之最，凡姜椒芥蒜及一切辛辣热物，极能伤阴，断不可用。"的确，烟酒辣三者，真是鼻渣鼻刑克之物。

血热：因肺开窍于鼻，胃脉挟鼻，鼻居中央土位属脾，故而不论肺、胃、脾哪一经积热，都能内热诸邪，外泄无门。同时以阴之损伤而其害更甚。《素问·阴阳应象大论》："其在天为热，在地为火，……在色为赤。"所以鼻赤属热。

血瘀：瘀潴一久，气血无法正常循行，故而皮肤粗糙，出现结节增大，数个聚集融合，形成肿瘤或色变紫黑，诚如《伤科汇纂》所谓"臃肿不退，色黯不消"。

·内治·

初期的风热，以疏风清热为法，常用代表方有豨桐丸或枇杷清肺饮加苍耳子、荆芥炭、薄荷、豨莶草之类。

第二期，应清热凉血，常用代表方有凉血四物汤之类。常用药：生地、赤芍、白芍、丹皮、当归等。

第三期，宜活血破瘀，常用代表方有通窍活血汤之类。常用药：红花、赤芍、川芎、鸡血藤、归尾、益母草等。

·外治·

外用药，以颠倒散疗效明显。干老所用者是搽剂，处方和制法是：

硫磺 250 克　轻粉 50 克　白矾粉 50 克　用 75%酒精 3 000 毫升，浸以上三药，在常规时间（冬七天、夏三天、春秋五天）后取用。用时应把药瓶用力震荡一会儿。每天擦 2～3 次。

为了取用方便，也可不用酒精，改用蜂蜜来调制，比例为药粉30%，蜂蜜70%。每天也擦2～3次。如白天用液剂，夜间用蜜剂，则效果更佳。

鼻赘过大者，可以考虑手术切除。

【预防与护理】

(1) 忌食辛辣、酒类等辛热刺激物。

(2) 保持大便通畅。肺与大肠相为表里，大便不通，肺火更旺。

(3) 不宜在夏季、高温、湿热的环境中长期生活或工作。

(4) 平时经常用温水肥皂洗涤。

(5) 禁止在鼻子病变区抓、搔、剥及挤压。

(6) 禁用有刺激性的化妆品。

(7) 每次敷药前，先用温水洗脸，洗后用干毛巾吸干水迹。

第二节 鼻红粒病

鼻红粒病，亦称赤鼻。本病比较少见，经常被误诊为酒渣鼻。其实它和酒渣鼻除同样病发在鼻尖部红赤之外，无相同之处。

在明代之前，此病在文献中无记载。《保婴撮要·鼻塞鼻衄》的"鼻色赤，乃脾胃实热也。微赤，乃脾经虚热"。《冯氏锦囊秘录·杂症》的"更有热血冲面而为寒所拂，是以污浊凝滞，则成鼻鮱。或得之酒刺生面，上焦火盛者"。同时也可知鼻红粒病，古人也称为鼻鮱。或谓以上两个例子，并没有强调为鼻红粒病，可能是指的为酒渣鼻。实则以上两书俱为儿科专书，不涉大方脉(成人病)，因之视为本病，谅无牵强失误。

【临床表现】

一般好发于6～7岁的女孩。病变在鼻尖、鼻翼处出现红色粒状小丘疹或为弥漫性潮红。病程可以从几年到数十年，一般到20～30岁间，可以自愈。本病绝对不侵害于成人。

【病因病机】

《保婴撮要》认为是脾胃积热，并有虚实之分。《冯氏锦囊秘录》认为同于成人的寒邪外束与内在之热，终而滞积成瘀。临床认为是胎毒挟肺热。

【辨证论治】

这种慢性病，对健康毫无影响，在一般情况下，可服枇杷叶膏，有清泄肺热之功。服法每天晨夕，各取一匙，开水稀释后饮服。而且膏味甘甜，易为儿童所接受。

在这里特别指出，我们治疗用的是"枇杷叶膏"，绝非"枇杷膏"。盖前者只供药用而清肺化痰，后者不供药用而助湿生痰，多服且可损胃气。近贤陆士谔曾谓："枇杷膏，是用枇杷叶煎熬而成，不是用枇杷煎熬而成。考枇杷，甘平润肺，清热生津，多食即助湿生痰。枇杷叶味苦气平，隆冬不凋，盛夏不萎，禀激流扬清之性，抱忘炎耐冷之姿，静而能宣，……所以枇杷叶膏，能清肺化痰止嗽。枇杷果膏，能助湿生痰滑肠。在药性上枇杷之功用，与枇杷叶之功用，大不相同。……尚望熬膏者注意及此，弃果用叶，则病人较能有益。"(录《士谔医话·医论》，1936年上海校经山房书局版)

【预防及护理】

(1) 妊娠期不食辛热之品，如芥菜、辣椒、胡椒之类及酒类。

(2) 局部保持清洁，避免磨擦。

(3) 禁止外用药涂擦。

(4) 注意保持大便通畅，便秘者可饮蜂蜜。

第三节　鼻前庭炎

鼻前庭炎为鼻前庭区的皮肤炎症，传统名称为鼻䘌、鼻疮及䘌鼻、赤鼻、疳鼻、鼻中生疮、疳虫蚀鼻、鼻疮、鼻疳、鼻孔疳疮、疳疮蚀鼻、鼻䘌疮等。

第一个谈到本病者，为《诸病源候论》。《外科大成》把本病称为鼻䘌疮，编排在面部疮疡中，又把它称为鼻疮，编排在鼻部疮疡中。《医宗金鉴・外科心法》也完全宗此承袭。《外科证治全书》认为是"鼻疮，生鼻窍内"。由鼻前庭蔓延波及鼻外，是"鼻䘌疮，多生小儿鼻翅两旁"。

䘌作何讲？《疡医大全》解释为"鼻下一道赤者，名曰䘌"。根据《类编》释注，是虫蛀之意。

【临床表现】

本病以儿童较多，故《外科大成》强调"生小儿鼻下两旁"。《医宗金鉴・外科心法》也称"多生小儿"。

本病分急性与慢性两期。

急性期，前庭皮肤发红，微肿，有触痛。表皮发生糜烂，渗溢粘液，伴以痒感，故《外科真诠》描写为"初觉干燥疼痛，状如粟粒，甚则鼻外色红微肿，疮似火烧"。在这种情况下，皮损已伸展到鼻外的鼻翼及其四周了。在鼻腔内，脓痂不断地堆积增厚，可以妨碍呼吸，所以《洞天奥旨》谓之："鼻内生疮，痒时难忍。……言语糊涂，声音闭塞。"在鼻外者，严重者或发生感染，则糜烂渗液更为厉害，故《疡医大全》谓之："汁所流处，即成烂疮。"

慢性期，皮肤增厚、皲裂，肉芽上盖以鳞屑或痂皮。发痒和发热有时更加剧烈，故《洞天奥旨》谓其"痒时难忍"。患者常常将痂皮揭剥及揉擦以求止痒，在颏下、颌下常可以扪到颈淋巴结，严重者有压痛。鼻前庭外侧，皮肤红肿，覆有干痂。慢性的有时可发现小裂口，触之甚痛，即可诊断此病。有时可以延及鼻外的鼻翼及其两侧，也可延至上唇皮肤。

【病因病机】

风热客肺：《外科大成・鼻部》："由风热客于肺也。"

肺经伏热：《医宗金鉴・外科心法》："此肺经壅热，上攻鼻窍，聚而不散。"《外科真诠・鼻䘌》："由风热客于肺经所致。"

湿热上蒸：《洞天奥旨・鼻疳》："以热兼湿也。"《外科医案汇编・鼻疡・江案后注》："湿伤脾，脾经蕴热。"这种学说的来源，都是受了《儒门事亲》"虫䘌之生，湿热为主"的影响而产生的。

醇酒厚味：《疡医大全・鼻疮门》："或醇酒炙煿，胃热熏蒸。"

临床实况多为：急性期大多为肺经积热，热毒上侵肺窍。亚急性期为脾经湿浊，久郁不化，氤氲上犯鼻窍。慢性期久病耗津燥血，致血燥生风。

【辨证论治】

鼻为肺窍，肺经积热，上犯时必然循其本经，所以瘙痒、疼痛、红肿甚至灼热者，都属热属火。故而舌苔多薄黄，而脉象反映无多大参考价值。

脾为土脏，在气为湿，鼻居中央土位，所以湿浊之蒸，尽管头面诸窍都可蒙害，而一般则鼻得病机会最多。所以在急性期中痛、痒、烧灼等症状缓解之后，糜烂而分泌物特多，浸淫扩展，皮损区越来越大。舌苔滑腻，脉象多濡数或滑数。

病程一久，必然津伤血耗，其中以津伤最为明显，因为分泌物长期大量渗出之故。津血既然同源，同荣必然同枯，因此主症以干燥为多。痛多为皲裂性的干燥型。痒则再度加重，因为血虚生燥，燥盛生风，风能致痒，这型的痒又区别于前一阶段之痒。舌苔少，舌质露有红意，脉多细小。

·内治·

急性期：当清肺凉血法，常用代表方有黄芩汤之类。常用药：黄芩、桑白皮、生地、山栀、赤芍、连翘、丹皮等。

亚急性期：当以清热利湿为法，常用代表方有除湿胃苓散之类，但肉桂、厚朴必须除去，其余可斟酌加减。常用药：苍术、黄芩、白术、陈皮、甘草、茯苓、薏苡仁、泽泻等。

如其肺热与湿浊兼而有之者，则需清泄肺火与利湿，常用代表方有甘露饮之类。常用药：生地、麦冬、黄芩、甘草、枇杷叶、茵陈、枳壳、桑白皮等。

慢性期：治当养血息风，常用代表方为地黄饮子。常用药：生地、熟地、天冬、麦冬、地骨皮、白芍、紫草、桑叶等。

·外治·

可用内服药煎过的药渣，再加水煎，进行局部洗涤清洁。

黄连膏涂擦，痒甚者用加味黄连膏。

绿袍散软膏（绿袍散 20%，黄连膏 80%）涂擦。

严重的用石珍散，加麻油赋形，每天擦 2～3 次。

【预防与护理】

（1）禁止挖鼻，成人禁拔鼻毛。

（2）多涕儿童及鼻炎患者，要注意经常擤尽鼻涕，使鼻腔保持通畅及干净。

（3）积极治疗一切鼻腔病。

（4）及时服药及换外用药。

（5）不可乱用外用药，并注意其用药后的反应。对药物性皮炎者，禁用有致敏可能的药物。

（6）婴幼儿涂药，用药宜少宜薄不能多而厚，以防药物堵塞鼻腔，有碍呼吸。

（7）禁止用肥皂水洗患处。

（8）哺乳儿，注意勿使奶汁侵入皮损区。

（9）禁食刺激性辣味食品（大葱、大蒜、雪里红、榨菜、芥菜、胡椒、辣椒、韭菜、咖哩、大量的姜）及难以消化的食物。

（10）保持病人大便通畅。

（11）剧痒者，可给以针灸或穴位按摩。取穴为：神门、曲池、合谷。

（12）如屡治不愈者，应排除糖尿病的可能。

第四节　鼻　疖　肿

本病又称鼻疔及白丁、鼻生疮、白疔、鼻尖疔、迎香疔、鼻环疔、白刃疔、迎疔、穿鼻疔、冲气疔、闻香疔等。

鼻部疖肿，与身体上其他部位所发生的疖肿相同，但因它位处危险三角区范围之内而格外危险，《千金要方·丁肿》："至于丁肿，若不预识，令人死不逮辰，若著讫乃欲求方，其人已

入木矣。”本病是鼻前庭或鼻尖部的皮脂腺或毛囊的急性化脓性炎症，所以它包括皮脂腺炎和毛囊炎在内。

《中藏经·论五丁状候》中的白丁，是本病最早的名称。因为鼻为肺窍，肺在色为白，丁发肺经之窍，故称白丁。古人钉、疔，俱作丁字。疖肿的脓栓，很像钉子，故称为疔。《疡医准绳·疔疮》故谓：“疔疮者，以其疮形如丁盖之状而得名”。白丁即白疔，也就是这里的鼻疔。

《诸病源候论》虽然也有“丁”的论述，可是对于本病则不称丁而称疮，谓：“鼻是肺之候，肺气通于鼻。其脏有热气，冲于鼻，故生疮也。”所以巢氏把它称为鼻生疮候。从此，这“鼻生疮”一名一直沿用了八九百年，《太平圣惠方》《圣济总录》甚至《普济方》等古代巨著都沿用了这个名称。

因为鼻尖、鼻前庭的皮下组织少，皮肤直接与软骨膜结合，稍有肿胀，张力极大。加之面部组织疏松，一旦鼻部感染邪毒之气，常易向四周扩散。而且面部静脉没有静脉瓣，血液可上下流通，所以这种毒气可沿内眦静脉、眼上静脉直到海绵窦，导致海绵窦栓塞并引起其他颅内并发症。如败血症、脓毒症等。一旦并发海绵窦栓塞、海绵窦静脉炎或败血症，中医称为“走黄”。走黄并非专指鼻疖肿而言，乃泛指所有头面部的一切疖肿。

走黄一词，初见于《窦氏疮疡经验全书·疔毒》，谓：“疔疮初生时，红硬温和，忽然顶陷黑，谓之‘黄走’，此证危矣。”《外科正宗·疔疮论》：“逼毒攻心，反为倒陷，走黄之症作矣。”不管是“黄走”或“走黄”都是同义词，唯“走黄”两字我们已用习惯了。

【临床表现】

初期鼻尖或鼻翼红肿，皮肤紧张光亮，疼痛则愈趋严重，压痛明显，探测按压，可以发现一个敏感的压痛点，这就是疖肿原发处。以后在这个压痛点上，出现一红肿隆起处。很快小红点成为黄点样丘疹，可有化脓的表现。有时也有几个小点，但仍局限在一处。随着病情的发展，产生剧烈跳痛，进行性加重。因为鼻尖部的皮下组织致密，无法肿起而只能内部膨胀，故疼痛剧烈，所以《外科正宗》形容其“痛引脑门”。直至中心坏死组织溶解，形成浓液和脓栓。自溃或切开，待脓栓脱出，脓液外泄之后，在约 12～24 小时里流淌血水，至此则剧痛胀感即很快缓解或消失。脓出渐少而渐稠，脓腔缩小，疼痛完全消失，肿胀平复，即告愈合。愈后可不留任何后遗症。当在高峰期时，伴以不同程度的发热、不适、头痛、甚至全身不舒，精神倦怠，而且在脓栓未脱之前达到高潮。故《疡医大全·鼻疔》谓：“二三日神怠困倦，筋骨酸痛。四五日，寒热交作。”如其发展为海绵窦疾病或败血症，则“毒气攻心，头面肿大。八九日，呕逆昏迷，痰升气促，十难救一”。

如其治疗失时、处理不当，或用暴力挤压，致炎性保护圈破坏，则肿势扩散蔓延，所以《疡科准绳》强调：“四围赤肿，名曰护场，可治。”王氏之所谓护场，即炎性保护圈。炎性保护圈充血约束，就说明毒邪没有扩散四溢。一旦扩散，则至上唇、面颊、眼眶大面积的肿胀，甚至眼球突出，眼睑下垂，视力减退。《疡科准绳》的“鼻如大瓶，黑色者不治”与《疡医大全》的“鼻柱臃肿，两窍不通”的描写，就是在这个阶段。全身症状也相应加重，出现弛张型高热，出汗，呼吸迫促。脉数、细、弱，舌黄苔或黑苔，质红。然后迅速出现衰竭现象。不论败血症、脓毒血症、海绵窦栓塞或其他颅内感染，都是《增订治疗汇要·鼻疔》所谓：“迟则毒气内攻，神昏呕秽，鼻肿如瓶，逆！”这种典型的疔疮走黄，在病理机制上称为邪陷心包。它的临床症状，《疡科心得集·疡证总论》是这样叙述的：“外证虽有一定之形，而毒气之流行无定位。故毒入于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则腹疼痛，入于肺则喘咳，入于肾则目暗手足冷，入于六腑，亦皆各有变象，兼证多端，七恶叠见。”

检查方面，主要是局部观察，重症应结合脉、舌及全身症状。血象检查也是一个重要的依据。走黄前后，血培养也是必不可少的。如其局部漫肿，眼睑下垂，皮色紫绀。体温呈弛张热型，口干，多汗，小便少，严重的粘膜下出血，呼吸急促。脉象微弱脉律则十分急数，甚至可谵妄乱语，神识不清，则已进入走黄境界。

【病因病机】

饮食所伤：《素问·生气通天论》："膏粱之变，足生大丁。"这里的丁，是泛指一切化脓性感染，疔疮甚至鼻疔也应该包括在内。《中藏经·论五丁状候》说得更透彻，谓："恣饮醇酒，多嗜甘肥，毒鱼酢酱，……蓄其毒邪，浸渍脏腑，久不扩散，始变为丁。"

火毒热毒：这种学说自古至今均得到一致认可。例如《医宗金鉴·外科心法》的"心肺雍热，气熏于鼻间，蕴积不散，其证干燥而痛，甚则成疮也"。《增订治疗汇要》也认为"肺经火毒"与"手阳明风热"，都是火毒热毒。

至于如《医宗金鉴·外科心法》的"或中蛇蛊之毒，或中疫死牛马猪羊之毒，或受四时不正疫气，致生是症"，虽然不是五志之火的热毒，也未越出火毒热毒范畴。

总之，本病是由于肺经向有伏火，又有外感热毒（或暑气、厚味所伤），循经上犯而致。此外，其中的皮肤破损、拔鼻毛等，也是导致本病的诱因。

至于走黄的形成，都由鼻疔火毒炽盛，正气不足，以致火毒走窜，入于血分（血分不完全相同于血液），直犯心包而成。其常见的诱发因素，有下列四者：早期失于治疗，未能及时控制毒势；挤压、碰伤或过早切开，造成护场破坏，毒邪扩散走窜；误服辛热的药物及酒、海味、腥物等；艾火灸疮头，更增火毒。

这里必须指出，有许多文献上记载在未成脓或成脓未透时"用刀（或针）刺破疮头"，"刺之出血"等，都是不科学的莽举。更有少数医生，取用立马回疔丹、蟾酥锭或白降丹等插入疔中，虽然能够使脓栓容易取出，但十分危险，干老认为应禁用。

【辨证论治】

鼻疔的主要症状，不外乎红、肿、热、痛及化脓。

《素问·阴阳应象大论》："热生火，……在天为热，在地为火，……在色为赤。"充血红赤，这是热和火的表现。《灵枢·痈疽篇》："夫血脉营卫，周流不休，……血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。"《灵枢·痈疽篇》："血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。"

虽然《疡医准绳》认为疮疡的疼痛是"寒热虚实，皆能为痛"（见卷二"痈"），但鼻疔绝对没有寒证虚证，只有热证实证，所以只有"其痛也，因气血凝滞所致"和"热毒炽盛，焮肿而作痛"两者。而且气血凝滞的疼痛，也较少。

《灵枢·痈疽篇》："热胜则肉腐，肉腐则为脓。"

所以鼻疔的辨证十分简单，就是热毒两字。不过鼻为肺窍，因此，热毒之中以肺经的热毒占有重要地位。

·内治·

初期：有红肿热痛及全身症状者，可用清热解毒法。偏于风热者，用七星剑汤。常用药：苍耳子、豨莶草、紫花地丁、半枝莲、蚤休、麻黄、菊花、牛蒡子等。偏于实热而无风者，用五味消毒饮加半枝莲、蚤休。常用药：银花、连翘、紫花地丁、蒲公英、天葵子等。

中期：炎症较重者，当用重剂清热解毒，常用代表方有黄连解毒汤、银花解毒汤或济阴汤之类。常用药：银花、连翘、紫花地丁、丹皮、黄连、夏枯草、赤芍、山栀、黄芩等。如果坏死组织

僵化而难于溶解和脱出者，加白芷或川甲、皂角刺以提脓托毒，加蛇蜕以利于外脱。如大便秘结者，加大黄、元明粉以通腑泄毒，也即俗谓："釜底抽薪"法。

后期：脓栓全部（鼻疔的脓栓外出，都是整块的）外出，再用五味消毒饮来扫尾。鼻疔无虚证，所以尽管在后期，都没有进补的病例。

如其走黄则比较麻烦。为何称走黄？一向未见满意的解释。或谓"黄者横也"，言其横而且逆，即无法收拾。也谓"黄者亡也"，也谓"黄者黄泉也"……，尽管众说纷纭，但实质是一致的。走黄主症，寒战，高热，头痛，心烦。舌苔多黄腻而糙，甚至有黑苔出现，舌质红绛而干，脉多洪数，但在虚脱之前则沉细而弱。白细胞总数常达 20×10^9/升左右，白细胞分类计数中性粒细胞明显增多。

首选方剂，为犀角地黄汤，同时可伴服犀角、羚羊角或牛黄。民间的单方，取鲜野菊花全草打汁，与鲜白边万年青根绞汁，加水冲饮也有一定作用。

因为走黄兼证多端，变化莫测，诚如《疡科心得集》所谓"入于心"、"入于肝"、"入于脾"、"入于肺"、"入于肾"和"入于六腑"等，所以临床上应"见端应变"，除犀角地黄汤外，作以下辅助：入于心者，出现神昏谵语：另服安宫牛黄丸或紫雪丹以清心开窍。入于肝者，出现抽搐痉厥：加羚羊粉、钩藤、龙齿、茯神以平肝息风，或加全蝎、僵蚕。入于脾者，出现大便溏薄：此时，绝对不能以釜底抽薪来对待，因为此时大便溏薄，易导致中气下陷而正气告竭，所以急予地榆炭，诃子肉、罂粟壳。入于肺者，出现胁痛痰血者：加天花粉、贝母、芦根以化痰清肺凉营。入于肾者，四末发凉、冷汗淋漓：加附片、人参以回阳救逆。入于六腑者，呕吐逆厥：加半夏（姜汁炒）、竹茹、苏梗以平降胃气。口渴狂饮者，加竹叶、生石膏、花粉以清胃生津。大便秘结者，加玄明粉、生大黄、番泻叶以泻火泄热。

以上各药的服法，略予介绍。

犀角目前药源难求，改用水牛角代。用量十倍于犀角。刨薄片单独水煎，每煎需60～120分钟，可煮两次，冲兑于水剂内，或另服，也可同入汤药内一同并煮、饮服。

安宫牛黄丸：剂型是金箔为衣、重10克的丸药。研细之后，开水送服，成人一丸，儿童半丸，3岁以下1/3丸，孕妇忌服。每天1～2丸。

紫雪丹：粉剂。每服1.5克，小儿改半。孕妇忌服。每天1～2次。

·外治·

初期肿者，敷青敷药或玉枢丹膏。但中央需留出一个空白，以使毒邪容易集中而不致扩散。

初溃（最好由它自溃，切忌切开），用七三丹，外盖黄连膏纱布或小膏药。小膏药有氤氲之气，比黄连膏纱布效果好。每天换1～2次。直至新的组织填满脓腔空隙，愈合之后为止。愈合之后，仍用小膏药或橡皮膏盖贴一个时期，这样可不致遗留瘢痕。

因坏死组织僵化而脓栓难以溶解及脱出时（这种情况，凡贴小膏药者不会出现，往往多见于贴黄连膏纱布者），可用热敷。冬季要注意局部保暖。

针刺也是传统治法之一，取穴于全身者，急刺急出，稍稍出些血，所以习惯上称为"挑疔疮"。《刺疔捷法》取人中、印堂。《疔疮要诀》取天庭、海底。

【预防与护理】

（1）普及个人卫生常识，改掉挖鼻和拔鼻毛的习惯。

（2）积极防治鼻炎和鼻窦炎。

（3）一旦发病，在初、中期切忌暴力挤压。

(4) 多饮开水。多休息，忌激烈劳动或运动，特别是低头位工作。

(5) 保持大便通畅。忌一切辛辣、酒类食物。

(6) 及时换药。局部保持清洁，并注意引流通畅。

(7) 愈合后，在创口上再贴小膏药或橡皮膏 7～10 天，以免产生疤痕。

第五节　鼻骨骨折

鼻骨骨折，传统名称为伤鼻。《玉篇》称“劓”。《集韵》称“齀”。《伤科补要》称为“鼻梁骨断”。《救伤秘旨续刻》称为“山根受伤”。《疡医准绳》的“头目鼻耳伤”及“鼻两孔伤凹”为最早讨论鼻骨骨折者。之后《医宗金鉴・正骨心法要旨》等文献，都有详细的论述。

由于外鼻高耸在外，所以容易受到冲撞、打击、跌碰等外伤，其中以裂伤和鼻骨骨折为多见。尤其是受到钝器打击，则骨折发生的机会更多。至于爆炸所引起的，那么还可涉及邻近器官而伤情更为复杂。

鼻骨骨折之后，应及时作出处理。一经迁延时日，则后遗畸形，不仅妨碍容貌美观，而且对呼吸功能、发音共鸣等影响也很大。

【临床表现】

鼻骨骨折，多为塌陷性，也有一侧隆起而另一侧则下陷。也有同时合并鼻中隔骨折及眶内壁骨折者。受伤之初，即见鼻梁下陷或歪斜，但经过一段时间后，因软组织发生肿胀或血肿把畸形掩盖，而呈现一片漫肿。鼻骨骨折，分非错位性骨折和错位性骨折两种，后者比前者严重。

鼻骨骨折在受伤后即来就诊者，可以看到畸形的表现。经过一段时间后，则主要为肿胀所干扰。鼻粘膜撕裂，鼻出血。如粘膜撕裂后，又反复用力擤鼻则出现气肿。严重的甚至休克。诚如《伤科补要・治伤・第八则》所述“若骨破碎，内膜穿破，口鼻流血者不治。中血堂，即鼻内頞下脆骨空处也，若伤之，血流不止，神气昏迷”。钱氏的描写，基本上已把鼻骨骨折的症状详述无遗了。

刚受伤者，皮肤出现挫伤或裂伤，显示外鼻软组织肿胀及皮下瘀血。如系非错位性骨折，除肿胀青紫外，并无明显变形，只在 X 线片上可以显示出来。

错位性骨折，则表现鼻梁塌陷或偏斜。触诊除局部触痛外，还有骨擦音。如有捻发音，则为皮下气肿。如伴有鼻中隔脱位，则出现鼻塞、中隔软骨前下缘偏离正中线，在鼻阈外突向一侧鼻腔。鼻中隔粘膜下若出现血肿，则在中隔的一侧或两侧显示膨隆。

通过病史、外鼻观察、触诊、摄片，诊断并不困难。但对爆炸伤所引起的病例，更要注意以下两点：一是有无鼻窦骨折或异物存在？所以 X 线摄片检查不可少。二是邻近器官有无合并损伤？如眶壁、牙槽骨、颅底骨折及脑震荡等。

【病因病机】

《医宗金鉴・正骨心法要旨》：“跌打损伤，金刃伤割……有所击扑，乃伤其外体也。”

鼻子受到不能承受的打击、挤压、冲撞等暴力，软组织则被挫伤或撕裂，软骨裂伤，硬骨部则形成骨折。

【辨证论治】

・内治・

首选外治，内服药仅作为辅助治疗。

中医的外治如《理瀹骈文·略言·第五条》所谓"外治必如内治者，先求其本"。故而其疗效是"操纵变化自我，虽治在外，无殊治在内也"。

初期：强调活血止痛法，常用代表方有复元活血汤。常用药：柴胡、当归、红花、桃仁、天花粉、甘草、山甲等。如伴有脑震荡者，可以参考天麻钩藤汤选择如：天麻、钩藤、茯神、夜交藤数味药来配合共用。有炎症者：可予清热解毒方药。但切忌苦寒药，因寒凉直折使瘀者更凝，所以应取五味消毒饮一类的甘寒解毒剂。

后期：出现正虚时，可用八珍汤以缩短其病程。常用药：党参、白术、白芍、当归、熟地、川芎、骨碎补等。

历来全国有不少伤科世医都有他们的秘方，疗效也十分显著，可惜秘不外传。而且都是中成药，不知其组方。例如山黎峒丸，为洞庭王氏秘方，后经王洪绪公开济世，从此在伤骨科界又增一剂良药。我们现在在临床上的成药有：黎峒丸，内服每次半丸（每丸10克），研细，开水或陈酒送服。每日两次。此丸并可外用，作涂药。孕妇忌服。红伤丸，内服每日两次，每次5克。孕妇忌服。接骨丹，内服每日两次，每次5克。孕妇忌服。

·外治·

本病以外治为主，中医称为"手法"，并辅以外用涂药。

非错位性骨折：不需要复位，所以主张外用消毒定痛散，蜜汁赋形，敷涂伤处。日换一次。

伴有创口者：则改用神效当归膏，可以直接摊在纱布上盖贴创口，日换一次。

错位性骨折：《伤科补要》认为"伤开孔窍或鼻破歪落，用整端法"。中医把骨折或脱臼复位的手术习惯上称为"整端法"。《医宗金鉴·正骨心法要旨》："端者，或两手一手，擒定应端之处，酌其重轻，或从下往上端，或从外向内托，或直揣斜端也。盖骨离其位，必以手法端之，则不待旷日迟久而骨缝即合。"

使用于鼻骨骨折的具体手法是：用弯头血管钳，包上几层纱布，使有柔软感而避免损伤软组织。以右手持握血管钳，置入塌陷（即骨折者）的鼻腔内，弯曲的钳子头部置鼻腔的外壁，弓形背凸出的一侧置内壁。放妥最佳位置后，将其上端须稍稍超过塌陷处。左手拇指轻轻按骨折塌陷处。然后将血管钳向上稍向外顶起，此时可听到鼻骨复位的骨音，然后取出血管钳，鼻腔内填塞黄连膏纱布条，填得须比较结实一些，用以保持和固定其正常的形态。此纱布条可在两天后轻轻取出。

总之，中医对本病的处理原则，主张：止血、止痛、早期复位、精心护理，注意及预防创口感染。

此外，中医最常用的创口外用药，是玉真散。它既能止血、消毒，也能预防和治疗破伤风。同时也可内服。

【预防与护理】

（1）注意休息，忌直接头部吹风。

（2）戴眼镜者，暂时除去。

（3）因鼻腔呼吸不畅，往往借助于口式呼吸，所以更宜保持空气的新鲜与湿润。

（4）如患有咳嗽、过敏性鼻炎者，尽量控制咳嗽和喷嚏。

（5）饮食方面，骨折初期，因肿痛剧烈，发烧及食欲不振，所以饮食不宜过量，菜肴不宜滋腻。后期，肿痛已逐步缓解，胃纳也渐渐恢复正常，可加强营养以促进愈合。

第六节　急性鼻炎

急性鼻炎，传统名称为伤风、感冒，但并非流行性感冒。它是鼻腔粘膜的急性炎症，因此是上呼吸道感染的一个主要部分。发病时，常并发咽、喉及气管等呼吸道炎症。

本病全年均可发生，但以秋、冬、春气候多变的季节为最多。感染后有一定的潜伏期，如其没有并发症，1 周左右可自愈。其发病率较高，具有传染性。一般好发于 1～4 岁的儿童。婴儿及老人反而较少。

《素问・金匮真言论》："春善病鼽衄。"《素问・至真要大论》："少阴之复，燠热内作，烦躁鼽嚏。"《灵枢・经脉篇》："足太阳之别，实则鼽窒"的鼽，是急性鼻炎最早的名称。

鼽字的解释，最早见于《释名》，谓："鼻塞曰鼽，鼽，久也，涕久不通，遂至窒塞也。"高诱注《淮南子》的鼽窒，也谓"鼻不通也"。之后，又有鼻鼽、鼻窒、窒塞等名称。《丹溪心法》称为鼻不通。直到《类证治裁》、《顾氏医镜》等书，即直呼为伤风。

【临床表现】

潜伏期：《类证治裁・伤风》："虚邪贼风，阳先受之，风邪伤卫。"正是指这个时期。这是在感染后 1～3 天。鼻腔内有不适感，全身不舒服和食欲减退。

发作初期：《顾氏医镜・伤风》之"恶风发热，鼻塞打嚏，鼻流清涕，咳嗽。或头痛，轻者眉棱骨痛"的描写，正是指这个阶段。鼻腔检查，可见粘膜充血，鼻甲水肿，有分泌物。

发作中期：《寿世保元・四时感冒》中"头痛，壮热恶寒，痰涎咳嗽，鼻塞，身重"的描写，正是中期的症状，也是处在高潮时期。因为在初期 1～2 天后，出现鼻塞，流淌大量水样鼻涕。常伴有咽部疼痛，发烧壮热。这种壮热一般常在 38℃左右，小儿可达 39℃以上。同时头痛头重，四肢酸楚，腰腿沉重。发音呈阻塞性鼻音，故《内外伤辨惑论・辨气少气盛》谓之"鼻流清涕，其声嗄，其言响如从瓮中出"，《医碥・伤风寒》也有"壅塞鼻中，故声出重浊"，这都是强调阻塞性鼻音和自声增强。鼻腔检查，可见粘膜充血，鼻甲肥大，甚至充盈满腔，鼻道的浆液性分泌物也极多。此期可持续 1～2 天。

发作后期：鼻塞更甚，甚至依赖口腔来代替呼吸，鼻涕由浆液性变为粘液性或脓性，精神极度疲乏。

恢复期：无并发症，则鼻塞减退，鼻涕减少，逐渐恢复正常。所以《张聿青医案・风温・谢右二诊》对这一阶段的描写是"疏泄肺胃，得汗甚畅，邪从汗出，热势大减。"

不过此时也容易并发鼻窦炎及咽疾、气管炎等，所以《张聿青医案》接下去又谓"然炉烟虽熄，余烬未消"。

免疫期：一般在炎症消失后一个月左右，不会再发生同样的疾病，此为免疫期。以后过了这个时间，免疫力即逐渐消失。《钟道生医案・鼻鼽》谓之："邪去正充，已臻佳境，月圆月缺，确保平安。"

血象检查，在发作期，殊有价值。一般白细胞总数减少，中性百分率降低，淋巴细胞相对增多。若由细菌引起者，则白细胞总数及中性百分率俱可增高。

小儿患者常较成人为严重，其特点是倦怠无神，食欲明显不振，有时发生呕吐、腹泻，甚至高热惊厥，鼻塞严重而致吮乳困难。这种情况大多在发作的中期、后期达到高峰。

【病因病机】

风寒学说：《类证治裁・伤风》的"初起风兼寒，宜辛温发表"。《顾氏医镜・伤风》认为"伤

风，肺先受之”。因肺开窍于鼻，故而这种风寒的反映，首先表现于鼻。

风热学说：《类证治裁》又认为“忌初用寒凉，致外邪不得疏散，郁热不得发越，重伤肺气也”。这是寒化为热，但更多的是直接感热而致。

卫气不固：《证治汇补·伤风章》：“如虚人伤风，屡感屡发，形气病气俱虚者。”这种情况在临床殊为多见。这型病例往往是在疲劳过度、营养不良、天气骤变之下，即使最轻微的感寒受冷，也可以感冒，故《成方便读·补中益气汤·注》认为“中气不足，营卫衰弱，易感风寒”。

现在临床上所见，也为风寒、风热与卫气不固三者。

风寒：肺为华盖，外合皮毛，开窍于鼻。一经气候突变，寒暖失常，起居失慎，同时人体腠理不密，卫气失藩篱之职，于是风邪寒气即乘隙袭肺。风寒袭肺，即循经上犯而病及于鼻。

风热：腠理不密，风寒既能入侵，风热也未尝不可以侵袭，这是风热之因。更有风寒之邪，以种种原因而化热，也是风热，其病理机制也完全与风寒相同。

卫虚：卫气一虚，即失去其藩篱捍卫御邪之职，所以即使细小微邪，也不经一抗而直中人体。

总之，本病的风寒，风热与卫虚学说，古今一体。

【辨证论治】

属于风寒者，多见于冬季及春初。表现为鼻塞声浊，流清涕，多喷嚏，恶寒发热，少汗或无汗，头痛，身痛，喉痒或咳嗽，痰少而清。舌苔薄白，脉浮或紧。局部检查，粘膜苍白，鼻甲水肿，分泌物呈浆液性。

属于风热者，多见于春末、秋季或夏天（在夏天者，沪语称热伤风）。发热，不恶寒或微恶风寒，有汗。鼻塞，头痛，咳嗽，痰多黄稠，口干而渴，喜凉饮。检查所见，咽粘膜多充血，鼻粘膜正常或充血，鼻甲肥大，分泌物多为黄色而稠者。舌苔薄黄，脉浮数。

属于卫气不固者，不论春夏秋冬四季都可发生。唯一特点为平时容易感冒，不论疲劳、稍感受凉等即导致发作。甚至第一次感冒方才退消，而第二、第三次即接踵而至，中间竟然没有免疫期。检查所见，局部无明显变化，粘膜大多偏于苍白。分泌物性质不定。脉多细软，舌苔薄白。

·内治·

风寒型：治法当疏风散寒，常用方重者为荆防败毒散，轻者六味汤，也可用加减辛夷散。这三方作用基本相同。常用药：荆芥、防风、白芷、苏叶、桔梗、辛夷、苍耳子、柴胡、前胡等。

风热型：治法当辛凉解表，常用代表方有桑菊饮或银翘散之类。常用药：桑叶、菊花、薄荷、银花、竹叶、芦根、桔梗、鱼腥草等。

卫虚型：在表证严重时，宗风寒、风热处理。一待表证消失或始终没有表证者，可用补中益气汤或桂枝汤与玉屏风散同用。常用药：防风、白术、黄芪、柴胡、桂枝、白芍、甘草、大枣、生姜等。

·外治·

鼻塞严重者，可用醋与水各半，煎沸。用牛皮纸做成漏斗型的罩子，大口扣在药上，小口罩在鼻子上，吸入蒸汽，每天2～3次。

鼻部按摩，每天3～4次，每次5～10分钟。

用葱白液滴鼻。葱白液制法：将葱白打汁，过滤，用生理盐水配成40%溶液，即成。

针刺：取穴印堂、太阳、合谷、风池、曲池、足三里等穴。每次选用2～3穴，强刺激。每天1次。

【预防与护理】

（1）在感冒流行时，可用大核桃两个，取肉，切成细屑，加白糖适量，用开水冲泡，加盖，闷 5 分钟。趁热饮服核桃与汤。此法每天 2～3 次，易为小儿所接受。

（2）居处常开窗，使居室多接受阳光的照射，保持空气流通。

（3）加强锻炼，适当进行户外运动，增强体质使正气充沛，以抵抗外邪的侵入。

（4）在此病流行时，小儿禁止到商场、戏院、公园等公共场所。

（5）在疾病流行之际，出门要戴口罩。多吃大葱、大蒜、生姜等有预防作用。

（6）去除上呼吸道的病灶，积极治疗鼻窦炎、扁桃体炎、慢性咽炎等病。

（7）有病者与健康人之间，应进行隔离。

（8）病者应多卧床休息。卧室宜温暖明亮，多开窗户，但应避免直接吹风及强烈阳光直射。

（9）禁食辛辣、烟、酒、水族鱼腥食物，可多吃水果。

（10）感冒流行期间，卧室内可通过食醋熏蒸来消毒。

（11）在发病期间，必须强调正确的擤涕方法。使鼻腔内分泌物的充分擤出，以免通过耳咽管而窜入耳中。

（12）分泌物的处理，最好消毒或焚毁。

（13）如在严冬，可以多做日光浴。

第七节　慢性鼻炎

慢性鼻炎，传统名称为鼻窒。慢性鼻炎为一种极为常见的鼻病，系鼻粘膜及粘膜下层的慢性炎症，伴有不同程度的机能紊乱，所以虽然多为鼻部本身的病变，但也可能为全身性疾病中的一个症状。

本病主要症状为鼻塞、涕多、嗅觉减退，所以历来中医就把它分隶于鼻渊、鼻塞、鼻窒、失嗅等病种里讨论，故《诸病源候论・鼻病诸侯》的鼻齆、鼻窒塞、鼻涕篇病候中，肯定有本病在内。《太平圣惠方》中多处谈“鼻塞不闻香臭”、“鼻塞不通，常有涕”的记载，尤其突出了一个“常”字，来证实本病是一个旷日持久的慢性病。同时说明在宋代之前，对慢性鼻炎就有了准确的认识和丰富的治疗方法。

《灵枢・经脉篇》：“足太阳之别，实则鼽窒。”这是最早提及此病者。此外如《吕氏春秋》、《淮南子》中也都谈到“鼽窒”一病，高诱注谓：“鼻不通也”、“鼻不通利也”。《说文解字》有“病塞鼻窒也。”《释名》有“鼻塞曰鼽，……遂至窒塞也”。因此古代鼽窒、鼻窒、鼽、窒塞、鼻齆等，基本上都是慢性鼻炎。全国高等医药院校试用教材《中医耳鼻喉科学》讲义选用“鼻窒”作为慢性鼻炎的中医名称，是十分得体的。

在这里也必须提醒一下，上面所谓“鼻齆”，固然内中有慢性鼻炎在内，但也不能排除其他鼻病甚至由于生理缺陷的鼻病。

慢性鼻炎，通常包括慢性单纯性鼻炎、慢性肥厚性鼻炎、干燥性鼻炎、萎缩性鼻炎及干酪性鼻炎五种。其中慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎在病因方面颇多类似之处，而且后者多因前者转化而来，因此许多文献经常把这两者作为一病而谈。

慢性单纯性鼻炎

本病男性多于女性，11～20岁为最多，老年人比较少见。有人统计，小儿患者，多于成人。

有些女性，在青春期、月经期、妊娠期及更年期，鼻粘膜经常发生充血与肿胀。

【临床表现】

鼻塞：这是最主要的症状，长期鼻堵不通，为间歇性或持续性，往往两侧交替而作。每在运动之后或温暖环境中可以减轻，故《儒门事亲》也观察到"唯坐暖处少通"。在夜间、静坐过久、疲劳、干冷污浊环境中加重。在平卧时，下侧的鼻腔阻塞加重，上侧相应减轻甚至通畅，转身而睡，很快就左右倒置过来，故《奇效良方・鼻门》解释为"阳气盛于上而侧卧，则上窍通利而下窍闭塞"。上述情况，多在冬季加重而在夏季减轻或消失。

涕多：也是本病主要症状之一。一般呈稠厚半透明粘液状，间或伴有少许脓液，常悬流到鼻咽部而再下注到口咽，所以患者经常感到鼻咽部分泌物粘糊而不舒服，必须咯出或擤出才爽快。这种情况《诸病源候论・鼻涕候》称为"津液涕唾，……不能自收"。同时也正因鼻涕的奇多与潴积，使已经堵塞不通的鼻腔，更加严重。

嗅觉减退：表现为嗅觉不敏，甚至嗅觉全部丧失不等。这种情况《诸病源候论・鼻齆候》认为是"其气蕴积于鼻者，则津液壅塞，鼻气不宣调，故不知香臭"。

此外，也可常见由于慢性鼻炎导致的头痛、头晕、阻塞性鼻音、耳朵憋气等。

检查所见，鼻粘膜肿胀，鼻甲肥大，所以下甲常与中隔相接触，甚至紧紧相依，不留细缝。有时充血，色泽常偏晦紫（风寒的为淡白），平滑湿润。但在贫血、衰弱、年老患者，则仅呈浅红色。鼻道、底部可见粘液潴积，鼻甲与中隔间亦附有丝状粘液。若以探针轻触下鼻甲表面，可以出现凹陷，但移去压迫后片刻即平复。若用1%麻黄碱溶液喷入或棉片覆盖，粘膜很快收缩到正常状态，即所谓"收缩敏感"或"收缩良好"。

【病因病机】

风寒学说：如《诸病源候论》："诸阳之气，上荣头面，其气不和，受风冷，风冷邪气入于脑，停滞鼻间，即气不宣和，结聚不通，故鼻塞也。"又如《儒门事亲》："炎暑时风快处，披露肌肤以求爽，为风所贼，三日鼻窒。"持有这种观点者认为肺为娇脏，本性恶寒，五行属金恶冷，所以一接风寒、冷气，当然阻塞难通。这由人们一受寒冷而即鼻塞可证。

主张为热者：《齐氏医案》："世俗皆以为肺寒而用解表通利辛温之药不效。殊不知肺经素有火邪，火郁甚则喜得热而恶见寒，故遇寒便塞，遇热便发也。治法宜以清肺降火为主，而佐以通气之剂。"这种属寒属热之争，固然有客观的见证、舌脉可凭。但不若张介宾的一句隽言最有一言破的之妙，他在《景岳全书》中谓："大都常塞者多火，暴塞者多风寒。"

宗气虚者：所谓气虚，也包括阳气不足，清阳难举在内。《灵枢・本神》："肺藏气，气舍魄，气虚则鼻塞不利。"《奇效良方》作了一个补充，谓："妄以鼻塞为寒者，误也。盖阳气甚于上，而侧卧则上窍通利，而下窍闭塞者。"这是鼻塞由于气虚，清阳不升的见解。此外《先醒斋医学广笔记》认为："脑者，至阳之物，清气所居，今为浊气邪热所干，遂下臭浊之汁。"这是指第二个特征——多涕也由气虚清阳不举的见解。《济生方》："鼻者肺之候，职欲常和，和则吸引香臭矣。"这是指第三个特征——嗅觉减退由于肺职不和而清道蒙垢蔽塞。以鼻甲的充血、郁血而论，是因为气帅血，血以气行。气机一虚，帅血失权，血当然或充或郁而滞瘀了。

局部因素：指鼻腔粘膜由于各种因素而长期发生病变或全身性疾病和环境因素所造成

的。例如《灵枢・忧恚无言论》指局部的“颃颡不开,分气失也”、《素问・气厥论》指全身性的“胆移热于脑,则辛頞鼻渊”以及《素问・金匮真言论》指环境而言的“春善病鼽衄”。

临床可见以下几因素:

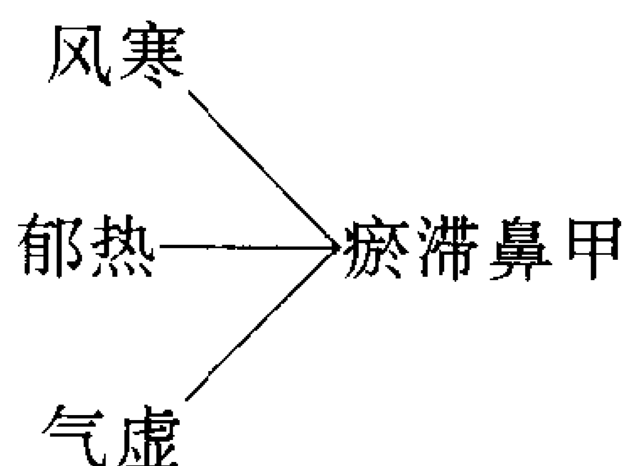
局部因素:为急性鼻炎反复发作或治疗不彻底,慢性鼻窦炎的脓涕长期刺激,中隔弯曲影响通气引流,邻近病灶对鼻粘膜的长期刺激或长期用药不当等所造成。

全身性因素:如贫血、结核、糖尿病、风湿病、急性传染病后以及肝、肾、心的慢性病和习惯性便秘等,皆可导致鼻粘膜的充血或郁血。此外营养不良、内分泌失调等亦可造成。

环境因素:长期接触煤、煤气、石膏、石灰、水泥、烟草、棉花、皮毛、铅、铁、锰等或其他刺激性化学气体。此外如温度高达36℃以上或温度降低到零下2~4℃时,气候骤热骤冷亦会导致本病发作。

不论以上哪种原因,中医认为都是与五脏失调、气血不和及六淫七情等有关,诚如《三因方・鼻病证治》所谓:“肺为五脏华盖,夫百脉取气于肺,鼻为肺之开合,吸引五臭,卫养五脏,升降阴阳,故鼻为清净气道。或七情内郁,六淫外伤,饮食劳逸,致清浊不分,随气壅塞,遂为清气鼻洞,浊脓脑丝衄血悬内,久而为鼻痈(痈、繁体为癰,与齆通用)。”

以证来辨,现在临床上常见的,大体上不出四者:



瘀滞鼻甲,可以说是风寒、郁热、气虚三者的最终产物。

考鼻甲贮血最多,但循环流畅,来去平衡。如果一旦因种种原因,使血行失畅,潴积集滞则鼻甲肥大塞满鼻腔。鼻甲内的瘀滞,必然从气滞开始,诚如《医林绳墨・血论》中谓:“血离其气,则血瘀积而不流。”《素问病机气宜保命集・大头论第三十篇》中谓:“鼻塞者,肺也,何以治心、心主臭,如推此法,皆从受气为治。”刘氏的所谓治心,就是指不论行血的、化瘀的甚至攻积的都是入心经的药,这点在《本草分经审治》中论之最详。所以古人纵然没有明确指出“瘀滞鼻甲”,但它的精神则十分明确。

最后可以这样说,风寒、郁热、气虚经常存在于初期或急性发作期。一到后期,则为血瘀。说得更客观而完整一些即尽管后期为血瘀,但有时风寒、郁热、气虚还是可产生及发挥其作用。

【辨证论治】

风寒、郁热,大多在前期或急性发作期,可参阅上节急性鼻炎。

气虚:《医方集解・补中益气汤》认为“脏腑肢体,皆禀气于脾胃,饥饿劳役伤其脾胃,则众体无以禀气而皆病矣,阳气下降则阴火上乘”。《成方切用・补中益气汤》也谓:“阳升则万物生,清升则浊阴降。”慢性鼻炎,主要因气虚而清阳不举所致,诚如《齐氏医案》所谓“饥饱劳损所伤,脾胃发生之气,不能上升,邪害空窍,故不利而难闻其臭。此则宜养脾胃,使阳气上升,鼻自通矣”。所以本病常有头重眩晕,胸闷腹满,食欲衰退,倦怠无神,大便溏薄。舌苔白腻,舌质嫩而胖,甚至齿痕如锯,脉来细软无力,或濡缓者,都是清阳不升,中气不足的表现,而且还有一个特点,即患者平时很容易感冒,有时彼愈此起,其至连免疫期都没有而一直困顿于感冒之中,这也是中气极衰,卫气因之而难以自固之征。

血瘀：微循失畅，瘀滞鼻甲，所以主要依据，就是鼻甲水肿肥大。因为是单纯性，所以对收缩剂较为敏感，用后收缩正常。血瘀一型，有虚实之分，必须根据鼻粘膜苍白与暗红，以及全身症状和脉舌来正确鉴别。

·内治·

风寒、郁热，参阅上节急性鼻炎。

气虚：宜益气升阳，健脾培土为法，常用代表方有补中益气汤、益气聪明汤之类。常用药：柴胡、升麻、党参、黄芪、白术、当归、陈皮、甘草等。有时也可采用参苓白术散加升麻、柴胡、葛根之类。

瘀滞：一般取活血化瘀法，常用代表方有通窍活血汤。常用药：桃仁、红花、赤芍、川芎、香附、当归尾等。气虚者加四君子汤。

虽然是瘀滞，但风寒、郁热、气虚还在起作用与影响者，则在治瘀法中斟酌治疗风寒、郁热、气虚方法。

·外治·

针刺疗法：取迎香、上星、合谷。

药物蒸汽吸入法：取苍术 10 克　白芷 10 克　石榴皮 10 克，煎沸。用牛皮纸作漏斗，大的一面覆盖在盛药器皿上，小的一面扣在鼻孔，努力吸入蒸汽。每天两次，每次 10 分钟左右。此药可以再三煎用，能连用 6～8 次(应根据季节来决定)。如鼻塞不通而无法吸气者，可用 1%麻黄碱溶液预先滴鼻，使通气后再吸蒸汽。

超声雾化吸入法：仍用苍术、白芷、石榴皮等分，预先制成浓缩剂，再用超声雾化法，借超声雾化器发出超声波的声能，将药液化为雾状，通过玻璃管而吸入鼻腔。

导引与按摩：参阅下节慢性肥大性鼻炎。

慢性肥大性鼻炎

慢性肥大性鼻炎大多由慢性单纯性鼻炎发展而来，但也可不经过这一阶段而直接发生。它是鼻粘膜的一种慢性炎性变化，结缔组织的增生达到最高程度。组织成分的增生通常并不弥漫到全部粘膜上，而主要在于海绵组织聚积的地方——中、下鼻甲的前后端。有时这样的增厚，可占据下鼻甲整个下缘。因为本病的鼻阻塞，较慢性单纯性的更为严重与顽固。所以在中医所称“鼻塞”、“鼻窒”病中，所占的比率较大。

本病男女发病率相同，以 10～30 岁患者更为多见，年龄愈大则愈少，除非长期服用降血压药的老人。

【临床表现】

一般症状与慢性单纯性鼻炎相同，但鼻塞更重，且为双侧持续性，阻塞性鼻音也较严重。分泌物不一定多，但很粘稠而难以擤出。嗅觉明显减退。肥厚的下鼻甲后端，可压迫耳咽管，妨碍其通气与引流，故常有耳中憋气、耳鸣及听力障碍等症状。因鼻腔阻塞，采用口腔呼吸，以及鼻腔中分泌物长期刺激咽部而容易产生咽部炎症，致咽喉不舒、干燥，频频咳嗽及清嗓。有时由于肥厚的下鼻甲前端阻塞了邻近的鼻泪管，泪器受害，而引起流泪、泪囊炎及结膜炎，肥厚的鼻甲压迫嗅裂，所以嗅觉显著减退。此外，头痛、失眠、记忆力衰退、精神萎靡等也较为常见。

检查所见：鼻甲肥大，充盈满腔。对收缩剂不敏感，甚至不起作用。以探针触下鼻甲表面，有韧硬感，不见凹陷。有时在过久的加压后，也能出现凹陷，但撤去压力后，在很长时间内难

以平复。粘膜肿胀，呈苍白或粉红及暗红色。表面不平，呈结节状，所谓桑椹样。尤以下鼻甲前端及其游离缘为重点。鼻后孔镜检查，有时可见下鼻甲后端如桑椹样粗糙肥厚，或鼻中隔后段粘膜两侧对称性肥厚。在耳部有鼓膜内陷，在咽则有慢性咽炎迹象。

至于舌诊、脉诊，参考价值不高。

【病因病机】

基本上与慢性单纯性鼻炎相同，可以参阅上节。但本病病程更长，症状更重，所以已不仅仅是清阳不升、脾土衰弱的原因，而且更有痰火与血瘀的因素在内。古人对此，也以痰火与瘀血为重点。

痰火学说：《证治汇补·鼻病章》："不待外感，时常鼻塞干燥者，乃肺有痰火也。"考痰之为物，无处不到，诚如《类证治裁·痰饮篇》所谓："痰则随气升降，遍身皆到，在肺为欬，……在经络则肿，在四肢则痹，变幻百端，昔人所谓怪病多属痰。"根据林氏的说法来推衍，它也更可以"在鼻甲则肥大矣"了。

血瘀学说：《医林改错·气血合脉说》："有血瘀之症可查，后有五十种血瘀症相互参考。"瘀症在头面部者，光用通窍活血汤所治的就有八种以上，充血、郁血在鼻甲者，理应在内。此外《血证论·瘀血》也称："瘀血在经络脏腑之间，则结为癥瘕，瘕者或聚或散，气为血滞，则聚而成形，血随气散，则没而不见。"由此类推，慢性肥大性鼻炎正是中气不足，帅血无权，致海绵体的鼻甲充血郁血。

在临床上常见有：

痰气相凝：气滞则痰凝，痰症大多为白肿。

瘀血滞积：鼻甲以血瘀而充血郁血，致体积膨大肥厚，充盈满腔，长期不退不消不缩小。

清阳不升：清阳之气不升，浊阴之气相应上潜，致空清之窍失其空清本色，而清道瘀塞不通。

药物因素：高血压病患者，长期进服某种降压药品，如：复方降压片等。

【辨证论治】

痰气相凝：痰为败津腐液，本无颜色可言。故而痰气相凝者，鼻甲纵然肥大肿胀结实，但粘膜正常，也有稍偏苍白者。

瘀证者：肿大的鼻甲，粘膜呈晦暗的红色，触之坚硬，表面粗糙呈桑椹样。

清阳不升：粘膜以苍白者为多，质较柔软，收缩剂反应较以上两型稍微敏感一些，在温暖的环境里可以稍微改善其阻塞情况，在寒冷时阻塞加重。同时，本证的全身症状及舌、脉都有一定的参考价值，而痰气与血瘀两型的全身症状及舌、脉等无特殊表现。

·内治·

痰气相凝者：理气化痰以消肿。常用代表方有二陈汤及其衍化的方剂或王氏二陈汤等。常用药：陈皮、半夏、茯苓、甘草、白芥子、桔梗、菖蒲等。

血瘀者：活血化瘀。常用代表方有通窍活血汤。常用药：桃仁、红花、赤芍、川芎、当归尾、地鳖虫、僵蚕等。也可用三甲散加三棱、莪术。

清阳不升者：益气升清。常用代表方有补中益气汤或益气聪明汤之类。常用药：柴胡、升麻、党参、黄芪、当归、川芎、葛根、菖蒲等。以上不论哪一方，如菖蒲、路路通等开窍药，都应同时取用。由长期服用降血压药导致的鼻塞，可停止服用，另选一种药续服。

·外治·

参阅上节慢性单纯性鼻炎。

另外，也可用药物蒸汽吸入法或超声雾化吸入法，所用处方同为：红花 10 克　桃仁 10 克，角针 3 克。

针刺：取迎香、上星、合谷。

导引与按摩：鼻科的导引，对慢性鼻炎最为有效，反过来说，鼻科的导引正是为慢性鼻炎而设。

《诸病源侯论·鼻齆候》引《养生方》云："东向坐，不息三通，手捻鼻两孔，治鼻中患。交脚踑坐，治鼻中患……去其涕唾，令鼻道通，得闻香臭。"这是治疗鼻塞不通的导引法。其方法是：面向东方，盘膝趺坐，暂停呼吸或内呼吸三次。接下去端坐伸腰，徐徐以鼻纳气（慢慢地吸气），以右手捻鼻（揉动鼻尖）。它的目的，就是使潴留的积涕得以排出而恢复通气与嗅觉。

《保生秘要》："用中指尖，于掌心搓令极热，熨搓迎香二穴。可时搓时运（熨），兼行后功，此法并治不闻香臭。"现在临床上对慢性鼻炎的常用导引，大多按摩两侧迎香穴，按摩到产生灼热感。之后再按摩鼻翼，也使生热。并掐迎香穴，一般可掐 2～3 分钟，中间稍歇 2～3 分钟，再掐再歇，5～6 次为一过程。还有将两手拇指两节垂直弯曲，其他四指向掌面自然环屈成空心拳，环屈的食指紧压在拇指上，使拇指固定不摇动。两拇指指甲相对方向，将拇指指甲上下搓鼻翼两侧，共三十六次。搓时口宜紧闭。

【预防与护理】

（1）注意工作、生活环境的空气清净，避免接触灰尘及化学气体特别是有害气体。

（2）加强营养，增强正气。

（3）加强锻炼，提高身体素质。通过运动，可使血液循环改善，鼻甲内的血流不致阻滞。经常运动，诚如华佗对他的弟子吴普所说的"起作一禽之戏，怡而汗出，因以著粉，身体轻便而欲食"（见《后汉书·华佗传》）。

（4）改掉挖鼻的不良习惯。

（5）及时矫正一切鼻腔的畸形。

（6）根治病灶，彻底治疗扁桃体炎、鼻窦炎等慢性疾病。

（7）慎用鼻粘膜收缩剂。

第八节　干燥性鼻炎

本病传统名称为鼻干。最早见于《素问·热论篇》，实则这里的鼻干绝非干燥性鼻炎，乃伤寒"二日，阳明受之，……故身起目疼而鼻干"的热性病，津液被烁而致鼻腔无液的鼻子干燥。之后《难经·五十八难》的鼻槁，《金匮要略·黄疸病脉证并治第十五》的鼻燥，也不是本病，也与《素问》的鼻干同样是急性病津液烁伤而致的鼻腔干燥。《太平圣惠方》的"鼻干无涕"，可能为本病最早的论述。

本病常为职业性慢性鼻病。发病率男女相等。因为它的病变范围仅仅局限于鼻腔的前部，故有人称为干燥性鼻前庭炎。

《内经》的鼻干、《难经》的鼻槁与《金匮》的鼻燥，虽然并不指本病而言，但用来作为此病的名称，大体相似。此外，本病也是干燥性综合征的一个组成部分。

【临床表现】

干燥：鼻腔里常感干燥如烤灼，甚至可波及鼻咽部或喉咽部。分泌物很少，即使有也很粘

糊而稠，经常又附丽于干燥的粘膜上而难以咯出。有时这种粘膜成为一层薄薄的像痂皮样物。

灼痒：鼻内常有烟熏样的不舒，有刺痒及异物感。痒在鼻腔则引起喷嚏，痒在咽喉则引起干咳。所以患者经常揉弄鼻翼、挖鼻腔，借以止痒。

渗血：因为鼻粘膜干燥、毛细血管脆裂，所以很轻微的损害——如挖鼻、咳嗽、打嚏等，也可以引起出血，但血量不多，大多为渗出性。

检查所见，鼻粘膜干燥无液，充血，呈灰白或暗红色。常有皮痂，乃渗血及少量分泌物所形成。粘膜很脆弱，检查时容易碰破出血。病变多在鼻腔前1/3部位。如鼻中隔偏曲者，在凸出侧更为显著，鼻甲正常，并无萎缩现象，嗅觉正常。

【病因病机】

肺经积热：《太平圣惠方·鼻干无涕》："夫鼻干无涕者，由脏腑壅滞，内有积热，攻于上焦之所致也。凡肺气通于鼻，主於涕。若其脏挟于风热，则津液不通，……故令无涕也。"

风邪入肺：《圣济总录·鼻门》："若肺受风邪，与正气相搏，热气加之，不得宣通，则为出纳者窒矣。其窍既窒而气之鼓作无已，所以干燥而痛也。"

燥气：《医林绳墨·燥》："内经曰，诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥，乃阳明大肠太阴肺之症也。夫金为水源，而受燥热，竭绝于上，则津液不能荣养。"《罗氏会约医镜·论燥证》："凡燥病，本火以烁金，以致金不能生水，故干枯之证见矣。"《张氏医通·燥》说得更为明确，张氏认为干燥性鼻炎是："燥万物者，莫属于火。夫金为阴之主，为水之源，而受燥气，寒水生化之源，竭尽于上而不能灌溉周身，荣养百骸，色干而无润色。……血液衰耗，使燥气转甚而为诸病，在外则皮肤皴揭，在上则咽鼻生干。"

临床上本病一般与周围外界干燥的气候、环境有关系，《灵枢·岁露论》的"人与天地相参也，与日月相应也"，正是说明了这个问题。在尘土灰粉中工作或生活以及高温中作业者，都有影响，所以《千金要方·养性》的"卒逢大飘风、暴雨、震雷、昏暗、大雾"必须回避，是很有科学根据的。嗜食烟酒、辛辣食品，营养缺乏，消化不良，便秘，贫血及其他全身性慢性消耗性病也是常见的诱发原因。据临床观察，绝大多数为津枯起燥所致。鼻为肺窍，肺属金烁，所以《类证治裁·燥证》认为："燥为阳明秋金之化，金燥则水源竭而灌溉不周，……诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属燥也。"又谓："肺热，热亢则液耗，百骸无所荣养。"

所以本病的主要病因，是肺燥津枯，上不荣于清窍。

【辨证论治】

本病主症为干燥、灼热感与渗血，是由干燥而致，也是干燥的终产物。一个正常人在24小时内，从鼻粘膜蒸发出的水分约在500毫升左右，以保持鼻腔、鼻咽甚至气管的滋润。这种水分即津液。不论是金枯而后水涸还是水涸而致金枯，津液一枯，决不可能储备500毫升的水分来供应鼻粘膜的蒸发。蒸发无水源，当然燥气来临，同时燥气又可致水源枯竭。所以除了病者自己感觉到鼻孔的干燥外，检查鼻粘膜也干燥无液与粘膜脆弱。严重者，可反映于全身如心烦唇燥，口渴求饮，皮肤枯槁皱瘪，指甲失华，大便干结难解等。舌少苔而干，甚至舌质红绛，脉多细数。

·内治·

《类证治裁·燥证》："津液不腾，宜甘润以滋肺胃。化源日涸，宜柔肝以养肾肝。"其中滋养肺肾与培土生金，一无异议，但养肝则似乎有些令人费解，其实阴虚者阳必亢，水枯者木难涵，肝可借机上亢，所以事前要加以防范。

现在临床上常用的为补肺益肾以生津与培土生金而增液两法最为普遍。前者是针对“津液不腾”，常用代表方有清燥救肺汤、润燥生津汤之类。常用药：桑叶、石膏、麦冬、沙参、百合、生地、玉竹、白芍、山药等。后者是针对“化源日涸”，可用参苓白术散之类。常用药：党参、白术、山药、白扁豆、桔梗、薏苡仁、陈皮等。也可在参苓白术散中酌加滋养胃阴之品，如麦冬、沙参、玉竹之类。

·外治·

可常用植物油涂擦鼻腔，用以保持其滋润。或黄连膏涂搽，每天2～3次。

夏天戴湿口罩(即将口罩用水浸湿，轻轻挤干)，一干即加潮。

【预防及护理】

(1) 改善全身性营养情况，多吃水果。

(2) 改善生活、工作环境。经常接触灰尘及化学气体的操作工人，应戴口罩，并采取各种安全措施。

(3) 忌烟、酒及辛辣食物。

(4) 常戴口罩，冬季戴干口罩，夏季戴湿的。

第九节　萎缩性鼻炎、臭鼻症

萎缩性鼻炎传统名称为鼻槁，是上呼吸道的一种特殊性慢性病变，主要发生在鼻腔及鼻咽腔，但也可向下波及口咽、喉咽、喉、气管等处。鼻腔内一切结构，都出现萎缩性改变。

本病可分为两种，即原发性和继发性。原发性中又分两型，即没有臭气的单纯性萎缩性鼻炎和有臭气的臭鼻症。这两者一般是不相转化的。

好发对象，女性多于男性1～2倍以上，其中更以短脸、凸鼻梁面形的更多。好发年龄，大多在8～16岁开始，继发性的无一定。在疾病过程中，常有年届绝经期而开始稳定或好转者。

此病中医名称，与现代通用病名很难对照，尽管《中医耳鼻喉科学》(即1979年全国高等医药院校试用教材)称为鼻槁，终感未臻绝妙，但至今仍未找到一个更为贴切的其他名称。

中医历来将本病归类于干燥性鼻炎中而称之为控脑砂、鼻干或鼻疮脓臭一类病中。此外《疡医大全·奇病部》第50例及“怪病奇方”等书中“咽喉生肉，层层相叠，渐渐肿起，不痛，多日乃有窍，臭气自出”的记述，则除了为干酪性鼻炎之外，颇似本病病变已蔓延到鼻咽部、口咽部表现。《鲍氏验方新编·鼻部》：“鼻流臭水，此症从脑后顶一股废气，由鼻孔而下，臭不可闻。”《梅氏验方新编·鼻部》：“鼻出臭气，或鼻脓腥臭。”两者的描述，除了恶性肿瘤与梅毒之外，则近似臭鼻症了。

此外，《难经·五十八难》中的鼻槁，乃指急性传染病的热盛烁津，津枯而槁的鼻中干燥，与本病无关。

【临床表现】

主要表现是鼻粘膜、骨膜及鼻甲骨萎缩而显示出鼻腔特别空旷。有大量黄绿色脓性分泌物积存，形成痂皮，可发生恶臭。主要症状如下：

鼻塞：由于形成很多去之不尽的脓痂性腐坏物，大块大块地把鼻腔堵塞，所以常感鼻塞。也有鼻腔内感觉发生异常，虽没有客观的痂皮干涕的堆积，但感觉上还存在着堵塞的幻感。此外，呼吸时空气出入于鼻腔时，全赖鼻腔的特殊解剖结构，这个结构如遭到破坏，呼吸的气流即产生不正常的堵塞或过分通畅之感。现在组织一经萎缩，正常的解剖结构也随之而

失常，即有堵塞的感觉。

脓痂：由于粘膜上皮化生的鳞状上皮其纤毛消失，因之分泌物不易排出，停留积潴在粘膜表面。再由于粘膜功能的丧失，致细菌容易繁殖，因而产生大量的黄绿色脓痂。这就是所谓“气血不畅，脓腐滋生”。

出血：鼻粘膜干枯脆弱，毛细血管易受损伤，用手指挖鼻或用力擤涕，即易于出血，但血量很少，不加遏制，也能自止。此外，每当痂皮剥离之际，也能使组织损伤而出血。这是燥伤营血的具体表现。

臭气：是由于一种微生物寄生在分泌物经干燥而变的很粘腻的脓痂上活动的结果。这种臭气，呈抹布霉味样气味，本人不一定能闻到，但旁人则已感到十分刺鼻，所以可影响患者的社会活动。《内经》有肝臭臊、心臭焦、脾臭香、肺臭腥、肾臭腐五臭学说，现在本病与肺、肾关系最为密切，故而其臭也偏于腥和腐了。

嗅觉障碍：因为鼻粘膜嗅觉感受器萎缩，终至嗅觉减退甚至消失。另外，因鼻腔内痂皮堆积，空气中的含嗅微粒无法达到嗅区亦可导致。故“肺不和而不能知香臭”。

局部干燥及异物感：由于萎缩病变区范围的逐渐扩大，可以波及口咽、喉咽，则出现干燥及异物感，并且出现刺激性咳嗽及声音嘶哑等情况。这是最典型的津枯不能濡养空窍。

头痛头昏：由于脓痂堵塞鼻窦开口处，阻碍窦口引流，造成窦室内负压所致。是清阳不升，浊阴上僭的必然后果。

听力障碍：因病及耳咽管，以致鼓室内真空负压，甚至卡他性中耳炎也可出现。这也是肺经之病，直犯耳中的肺经穴笼葱之故。

鼻内空旷：因为鼻腔内一切软、硬组织的萎缩退化，所以鼻腔孔洞相应显得空旷，尤其在大块痂皮取出后，鼻腔显得特别空旷，可由前孔直望到鼻咽部而一览无遗。这时嘱病员喊“得”“得”时，可有菲薄的粘膜，呈鱼鳔样随着喊声的节奏而同步起伏。但也有很少病例，鼻腔的前部正常，后部则萎缩空旷，所以不加细察，即完全看不到病态。对这种病例，需先用收缩剂后观察后端。严重者或原发性的，鼻部外形也有特殊的萎缩性鼻炎面型，即鼻梁宽阔而下陷，鼻翼外翻，以致鼻孔略朝天而扁。

局部检查，可以见到粘膜干燥枯槁，由于粘膜萎缩，分泌腺也因之破坏殆尽，失去正常的分泌物来滋润，所以干燥枯槁。色泽灰白，质地脆弱。鼻甲缩小，甚至消失。常有大量黄绿色或灰绿色脓性痂皮，附丽于粘膜上，有霉味样的臭气。剥去痂皮后，可露出干燥发红及容易出血的肉芽。如属臭鼻症者，对其鼻腔分泌物或脓痂进行细菌培养，可见臭鼻杆菌、臭鼻球杆菌。

【病因病机】

肺经热浊：《素问·金匮真言论》：“西方色白，入通于肺，开窍于鼻……其臭腥”。《类经》解释为：“腥为金气所化。”《疡医大全》：“肺金本主腥，金为火所乘，火主臭而然也。”故鼻腔的污秽腥臭，由于肺经热浊上熏所致。

肾阴亏损：《素问·阴阳应象大论》：“肾生骨髓，……在体为骨。”所以骨质的改变，也理应责之于肾。本病往往鼻甲骨也有纤维性变而被吸收，终至缩小，更以下甲为明显，所以与肾阴虚损有关。而且就腐朽发臭来分析，《素问·金匮真言论》：“藏精于肾，……其臭腐。”《内经知要》解释为“腐为水气所化，朽即腐也”。因此是与肾有密切关系的有力之证。所以严重的臭鼻症，有人认为是肾阴亏损所致。

临床所见，萎缩性鼻炎大多为肺阴不足所致；臭鼻症则由于肺肾两衰。

【辨证论治】

清阳不升，浊阴上僭，致空清之窍失去其空清本色，故闭塞不通。流水不腐，户枢不蠹，人身的气血营卫流通，则健康平安。一旦清道闭塞，病在鼻窍者当然脓腐滋生。

萎缩性鼻炎例属虚证。鼻为肺窍，金母为土，母子俱衰，脾难统血，所以频频出血。同时以其金燥皲裂，于是出血。肺病则腥，肾病则腐，不论为腥为腐，俱属败象，本病病出肺经，旁及肾经，故而腥腐俱作。

《灵枢·脉度篇》："肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭矣。"本病首先打乱了肺气的和平协调，失去平稳，所以往往嗅觉必然障碍。

因为喉需液养，咽赖津濡。病区津液不予濡养，故咽部有鲠介之感。

头痛头昏，是"阴一虚，阳必亢"，这是肝阳上亢的表现。

听力障碍，乃鼻病循经而犯笼葱之故。盖肺经笼葱穴，处在耳内司听。

粘膜干燥者，《医林绳墨》："夫金为水源，而受燥气，竭绝于上则津液不能营养。……致真金有损，血液耗散。"正是干燥无液，阴津匮竭之故。

随着病情发展，鼻腔即萎缩空旷。同时也证实了"肾虚则骨痿，脾虚则肉削"的道理。

·内治·

如正气尚充，舌苔大多滑润白腻，脉象变化反映不大。取清热理湿化浊法，如偏重于热者，用藿香泻白散。常用药：藿香、苏叶、大腹皮、茯苓、桑白皮、黄芩、地骨皮、菖蒲、陈皮等。偏于湿浊者，用藿香正气散。常用药：藿香、佩兰、苍术、白术、茯苓、枳壳、半夏、菖蒲、桔梗等。

如久病而正气已虚，大多脉已细小软弱，舌少苔，质红。当补益肺肾，生津化浊，常用代表方有加减养阴清肺汤。知柏地黄丸(汤)也可取用。常用药：沙参、麦冬、生地、丹皮、白芍、贝母、知母、百合、山药等。一般常用方首推养阴清肺汤及百合固金汤。如需常服者，以梨膏、枇杷叶膏、养阴清肺膏最适合。

·外治·

鼻腔内经常取用植物油或蜂蜜涂搽。另外，也可用黄连膏涂搽。

肉苁蓉滴鼻剂，处方：肉苁蓉 300 克　黄芪 300 克　淫羊藿 300 克　当归 300 克，煎水浓缩收膏，加蜂蜜适量。用以滴鼻，每日 3～4 次。

臭鼻症，可用杏仁，去皮去尖，打成糊状，甘草水调匀，涂擦鼻腔内，每日 2～3 次。

【预防及护理】

(1) 改善生活、工作环境。经常接触粉尘及化学气体的工作人员应戴口罩。

(2) 本病患者，宜长期戴用口罩。夏天更可用水湿润后戴，随干随即加湿。

(3) 冬天烤火，火炉上放上水壶，不加壶盖，让蒸汽尽量蒸发以润空气。

(4) 禁用麻黄碱液、滴鼻净等鼻粘膜收缩剂。

(5) 忌烟、酒及辛辣食物。

第十节　干酪性鼻炎

本病传统名称为鼻疮脓臭。干酪性鼻炎的病变，经常可以蔓延到鼻窦，是一种罕见的疾病，所以中医历来就没有本病的记述，仅在浩如烟海的文献中找到为数极微的概念和旁证。本病特点是在一侧鼻腔或鼻窦内发病，很少波及对侧而造成双侧俱病者。因特有的充满恶臭的豆渣样物，所以又称豆渣样鼻炎、鼻窦炎、也名干酪性臭鼻症。这种恶臭的干酪样物质，具

有侵蚀作用，所以经久不愈，并破坏组织，发生鼻内或鼻外的畸型甚至瘘管，故而经常可误诊为梅毒。

本病任何年龄均可发生。男女发病率相等。《圣济总录·鼻门》的"鼻中热气生疮，有脓臭，兼有虫"记载，很可能为本病。《本草纲目·百草霜》、《本草纲目·苦参》这两药可治鼻疮脓臭症。这鼻疮脓臭症，符合本病的特征。《四圣心源·鼻病根原》："肺气初逆，则涕清。迟而肺气堙郁，清化为浊，则滞塞而胶粘，迟而浊。菀陈腐白，化为黄，则臭败而秽恶。久而不愈，色味如脓，谓之鼻痈。"这亦是指干酪性鼻炎。

上节"萎缩性鼻炎"中所引的《疡医大全》、《怪病奇方》"咽喉生肉，……出臭气"的病症，说是干酪性鼻炎更为恰当。

【临床表现】

本病的发展进程大体上可分三期：

早期：一侧鼻腔经常堵塞不通，即使在运动或身居暖处，也不能通畅。脓性涕很多，有臭气，而且自己也能闻到。伴有慢性鼻炎和慢性鼻窦炎的一切症状，如嗅觉迟钝、头额钝痛等。检查时可见鼻道中有豆渣样污物堆积。一如《四圣心源》所谓"菀陈腐白，化为黄，则臭败而秽恶"。

中期：各种症状均比早期加重。检查，脓涕腐败物增多。取出后，可见鼻甲也有被侵蚀迹象，鼻中隔偏向健侧。鼻粘膜糜烂或有肉芽组织增生。

后期：鼻腔内腐败物不断激增，气味也更浓而更臭。鼻部外观变形：鼻梁变宽如蛙腹，塌陷如鞍形。颊部肿胀变形时，则可有眼球向外向前移位。严重者出现窦道瘘管。此时全身症状明显，如疲乏无力，食欲不振，头昏头痛，失眠多梦，消瘦虚弱等等。

为了确诊，可行 X 线摄片检查、分泌物检查、细菌培养、甚至活体检查，都有助于诊断。

本病预后良好，治愈后多不复发。

【病因病机】

热气：《圣济总录·鼻门》："鼻中热气生疮。"

肺气逆行：《四圣心源》："皆肺气逆行之所致也。其中气不运，肺金壅满。"

现在临床认为这种长期腐败秽臭，因肺肾两经所致。鼻居中央土位属脾，这种朽腐之来，与脾经湿热久积有关，积久则秽浊酵生。秽浊之气上蒸，"突边安有净土"，而造成本病。故认为实证属脾经湿热郁蒸，虚证多为肺肾两损。

【辨证论治】

《素问·金匮真言论》："中央黄色，入通于脾。"《素问·阴阳应象大论》："中央生湿。"鼻居中央，归经在脾。腐朽物长期生化不绝，糜烂潮湿，是湿的表现。湿虽粘腻阴邪，但较之真正的慢性病毕竟病程为短。而且预后也较良。所以实证，大多为脾经湿热上蒸。

《素问·金匮真言论》："西方色白，入通于肺，开窍于鼻，……其臭腥……北方黑色，入通于肾，……其臭腐。"所以病灶在鼻，经隶于肺。受害在鼻甲骨所主属肾。本病腐败物，气味腥腐俱备，也完全符合五脏之臭的肺肾两经败象，所以虚证为肺肾两损。

·内治·

脾经湿热：大多发病病程不长。舌苔大多滑润白腻，脉象变化则反映不明显。全身症状也几乎没有者，可用醒脾理湿，芳香化浊法。常用方偏于热者，宜藿香泻白散。常用药：藿香、佩兰、黄芩、桑白皮、枇杷叶、苍耳子、薄荷、桔梗等。偏于湿者，宜藿香正气散。常用药：藿香、陈皮、半夏、白术、茯苓、桔梗、菖蒲、苍耳子、白芷等。

肺肾两损：多见体质已衰，大多脉已细小软弱，舌少苔，质红。当补益肺肾，生津化浊法。常用方有百合固金汤、知柏地黄汤之类。常用药：百合、熟地、生地、贝母、桔梗、沙参、玉竹、知母等。但需加白芷、佩兰、藿香等芳香化浊之品。

·外治·

同时并发其他可使鼻腔阻塞的如息肉、鼻甲肥大、中隔偏曲、中隔嵴突等疾病者，应予以手术彻底治疗。

经常清除污物，同时取用圣惠苦参液滴鼻，每天2～3次。

用杏仁去皮，打成糊状，再用甘草煎水调薄，涂擦或滴鼻。

出现瘘管，手术处理。一般愈合较好。

【预防与护理】

(1) 无论未病已病，鼻腔保持干净，注意卫生。

(2) 不随意掐挖鼻腔，不拔鼻毛。

(3) 工作或生活环境，力求空气新鲜，注意防止污染。

(4) 忌食一切烟、酒、辣及刺激性食物。

(5) 耳鼻喉科医务人员，要注意医疗器械的严格消毒，以防交叉感染。

(6) 清除出的腐败污物，予以烧毁。不能烧毁的，应严格消毒。

第十一节　过敏性鼻炎、血管舒缩性鼻炎

本病传统名称为鼽嚏，又称嚏、喷、鼓鼻、鼻痒、喷嚏、金叩乃鸣等。

喷嚏本身不是疾病，是人身自卫的本能。故《灵枢·口问》就认为"阳气和利，满于心，出于鼻，故为嚏"。但一旦接连狂嚏，数十个不能止者，那就是病。这型狂嚏病，大多为过敏性鼻炎。

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，是一些特殊体质的人接触某些物质后所发生的异常反应。故《外科正宗·漆疮》(漆疮是代表过敏性疾病中的常见病)谓："由来自异，有感而弗感。"陈氏说得很清楚，人的禀赋体质各异，有些人对某些物质可以产生反应，而也有人则毫无反应。其实这些物质，都是毫无毒性的东西，绝大多数人接触后都毫无反应而安之若素，但某些人即发生异常的反应。所以《普济方·漆疮》中说是"漆虽有毒，性有所畏，毒即中之，亦有气适然"。就是说：漆尽管毒，遇到禀性畏漆的人，即可中毒。但亦有些人对这种漆气适应而毫无关系。虽然他们在论漆，但和过敏性鼻炎的病理机制，原出一辙的。此外又如《外科启玄·无辜疳伤疮》的"无辜疳伤疮，……误被鹧鸟翼及羽所落于上……"，基本上也是一例过敏性疾病。

国际上对过敏性疾病的发现、观察、关注、探讨到现在的深入研究，已有七十多年的历史，近几年来取得突破性的进展。但17世纪初祁广生就认为某物与某些人的体质因素有关，故他在《外科大成·漆疮》中下了这样一个断语，是"人之秉质有偏"。虽然祖国医学古代没有过敏性鼻炎一名，但《内外伤辨惑论》的"元阳本虚弱，更以冬月助其令，故病者善嚏，鼻流清涕，寒甚出浊涕，嚏不止"的描写，以及《古今医统》的"流清涕，或痒而嚏者"等等，可以证明在750年前就发现、认识了这个疾病(《内外伤辨惑论》写成于1247年)。

本病可以发生在任何年龄，但较常见于青年，它是一个全身性疾病，可以发生于任何一个部位，包括内脏在内。因之过敏性鼻炎仅仅是过敏性疾病中的一种而已。

过敏性鼻炎可以分为常年性与季节性两种。前者不分季节，随时可以发作，长期反复不

休。后者为定期性或季节性，仅发作在一年中某一个季节或节气，到一定的时间发作，也在一定的时间消失。不过这两者之分，以不重病而重辨证的中医来说，毫无分开的价值，因为在中医理论体系的角度上来看，其“证”相同，其治一致，基本上无其区别。

血管舒缩性鼻炎又称血管运动性鼻炎或神经反应性鼻炎，其症完全与过敏性鼻炎相同。其性质则和过敏性鼻炎不同，但中医在治疗时注重辨证。所以中医的鼽嚏一病名中，是揽括了三者在内。

鼽嚏
- 过敏性鼻炎
  - 常年性变态反应性鼻炎——过敏性鼻炎
  - 季节性变态反应性鼻炎——花粉性鼻炎
- 血管舒缩性鼻炎——神经反应性鼻炎

至于《高等医药院校教材·中医耳鼻喉科学》作“鼻鼽”，是相当不妥的，正如讲义自称“鼽者，鼻出清涕也”，而一点也没有反映出重点所在的“嚏”。

【临床表现】

常年性的，一年之内，不论寒暑，不论季节，可以随时发作，或天天沉浸于病痛之中，唯时轻时重而已。不论怎样，每天清晨起床之际，为每天中打喷嚏最严重的时刻。

季节性的基本上与常年性相类似，但对比起来，有以下五个特点：每年中有一定的发作期；一般症状要比常年的为严重；局部症状，除鼻部以外，还有眼部症状，眼睑作痒和流泪，咽喉和气管也可发痒；全身症状，有咳嗽，有时还有哮喘；发病急促，痊愈也快，不若常年性的拖拉难愈。

血管舒缩性鼻炎，症状也一如过敏性鼻炎。但实验室检查与敏感测试，则两者截然不同。

以上不论何种鼻炎，局部症状，都是：

作痒：发作之前，鼻腔内奇痒。一般冷风、冷气、有刺激性的气体、粉尘……，都能导致奇痒。有时情绪也能刺激作痒。

狂嚏：一痒即嚏，也是阵发性地紧随作痒而来，从 3～4 个到数十个不等。

清涕滂沱：继痒与嚏之后，清涕即无控制地流淌出来。其质清淡如白水，擦在手帕上，毫无痕迹可见。

短时期的鼻塞与失嗅：嚏后，马上鼻子堵塞，并嗅觉也暂时消失。等待一个相当时间，一切恢复正常，毫无后遗症状。

全身症状两型鼻炎无明显区别。季节性的，则在发作之初可伴有头痛或全身不适。

局部检查可见两下甲肥大水肿，鼻腔粘膜苍白，表面水汪汪有如鱼鳔。但这些症状往往也随发作情况演变而不同。过敏性鼻炎，分泌物涂片，可见嗜酸性白细胞增多。这种数据中医在诊断上不起什么指导作用，但在观察疗效时，很有帮助。

【病因病机】

心火：《素问玄机原病式》：“嚏，鼻中因痒而气喷作于声也。鼻为肺窍，痒为火化。心火邪热，干于阳明，发于鼻而痒，则嚏也。”

风热：《古今医统》：“鼻痒，乃热则生风故也。”

肺热：《东医宝鉴》：“嚏者，……鼻为肺窍，痒为火化，发于鼻则痒而嚏也。”

肺寒：《证治要诀》：“清涕者，脑冷肺寒所致。”

阳气虚：《医方考》：“若阳气自虚，则阴气凑之，令人脑寒而流清涕。”

目前，临床多见以下几种情况：

肺热、肺火：一般鼻病，大多新病属寒，久病属热。所以久嚏不止，可作肺中积热目之。正

如《东医宝鉴》所谓："火乘金为病。"

肺寒：《景岳全书》："凡由风寒而鼻塞者，以塞闭腠理，则经络壅塞而多鼽嚏。"因为肺本恶寒之脏，一着寒冷，当然及时反应，故而狂嚏与清涕共来。

卫虚：卫气是阳气的一个部分，生于水谷精微，源出脾胃，既能温养脏腑，又能保卫肌表抗御外邪。一旦虚衰，大小之邪从开窍之鼻也好，所主之皮毛也好，可以长驱直入，首先反应于鼻病者，为狂嚏与清涕。

肾阳式微：肾阳主一身阳气，故称元阳。肾阳一虚，无以温煦脏腑诸窍，则肺也当然虚冷自怯，更难抵御外邪。所以《素问·宣明五气篇》谓："五气所病，肾为欠为嚏。"

所以，归纳起来，有实证、虚证两型。实证为肺有热邪，深伏难宣则狂嚏，或寒袭肺经，金叩乃鸣。虚证有卫气不充，藩篱失职，所以外邪易袭，脾阳失振，浊阴笼罩，金受叩而鸣，或肾阳衰竭，内则难以温养内脏，外则无法资助卫气而抗拒外邪。

【辨证论治】

肺热：狂嚏不止，对寒冷的刺激不太敏感，鼻涕呈淡黄色而清稀如水。鼻粘膜正常，甚至有充血现象。一接触任何刺激，如煤气、香烟、热气等，马上发作。舌薄黄苔。

肺寒：狂嚏，清涕多稀薄澄清如自来水。平时容易感冒。大多一遇风寒，马上发作，所以早晨起床之际，必然一次狂嚏。检查可见鼻粘膜苍白。舌薄白苔，脉细。

卫气不固：容易喷嚏而嚏数不多不狂，接触极小极微的外来刺激，亦可马上发作，流涕多清稀，一般病程较长。全身症状为运化不健，入冬畏寒，常年在感冒中，精神疲乏，鼻塞严重。检查可见鼻粘膜苍白或轻微水肿。舌薄苔，质淡白、嫩、胖，脉虚而缓。

肾阳不足：病程必长，不论冬夏，一直处于病态中。一切局部症状，较卫气不固者更为严重。全身症状，更显示出萎顿不振，腰疼、脊冷，四末不温，大便溏薄，小便清而频频欲解。舌薄苔，质淡不红，脉多沉、迟、细、弱。检查可见鼻粘膜苍白无华。

·内治·

治疗当然根据它的证型而决定。一般情况下，此病实者、热者少而虚者、寒者多。大体上是：

肺热：当清肺泄热脱敏法，常用代表方为清热脱敏汤。常用药：桑叶、薄荷、蝉衣、地龙、路路通、紫草、茜草、墨旱莲等。

肺寒：当调和肺气，温肺祛寒法。常用代表方为桂枝汤。寒甚者，可选加以下诸药。如细辛、荜茇、荜澄茄、炮姜、补骨脂、附子、肉桂、淫羊藿之类。

卫气不固：当益气固卫法，常用代表方有玉屏风散。一般卫虚者，肺气宗气必虚，所以也可以补气升清法，如补中益气汤、益气聪明汤之类也可取用。常用药：防风、白术、黄芪、穞豆衣、桔梗、诃子肉、甘草、党参等。

肾阳不足：取用补肾温阳，常用代表方有桂附八味地黄汤或右归饮。常用药：制附子、肉桂、熟地、山药、山萸肉、补骨脂等。另外亦可加些仙茅、仙灵脾、诃子肉之类的药物。

在临床上也经常遇到十分顽固的过敏性鼻炎或血管舒缩性鼻炎，干老对这型顽症，取用自订的截敏蜜梅汤。处方为：乌梅 12 克　防风 12 克　柴胡 12 克　五味子 12 克　甘草 8 克　浓煎两次，分两次一日进服。每次药汁中冲入蜂蜜 15 克。

另外，还有一种经常遇到而也无法对付的顽固者，他每服第一次的方药，十分有效，但原方再进，再也没有疗效了。换上一个医生，第一剂也特别有效，原方再进，又毫无改善了。这种情况《医门补要》称为"戏药"。应付的唯一办法，就是每诊换一次方，不要认为有效之方而

舍不得改换新方。好在屡换不止的新方，在攻补、升降、寒热方面零乱一些也毫无关系。总之，每换一新方，大多都能有效。

·外治·

五倍子　辛夷　蔻仁　石榴皮　细辛各等分，共研细粉末，用纱布裹住，每日早晨塞入鼻腔内，左右交替，约半小时后取出。

针刺取穴：合谷、列缺、曲池、迎香。体弱者再加大椎、胃俞、脾俞。

艾灸，用悬灸法，取迎香穴。

【预防与护理】

(1) 经常参加体育锻炼，以增加抵抗力。

(2) 注意不要骤然进出冷热悬殊的环境。

(3) 常做鼻部按摩，如长期用冷水洗脸者更佳。

(4) 已知道致敏原者，尽量设法避免接触。

(5) 季节性的每届发作时间，预先进服玉屏风丸或补中益气丸、益气聪明丸以预防。如系儿童，可多吃酸梅汤（非化学合成者，必须是用乌梅与砂糖制成者）。

(6) 发作期间，要注意保暖。

(7) 每当狂嚏之前，急按摩迎香穴，按摩到该处发热时为度。

第十二节　鼻硬结病

本病传统名称为鼻生恶疮，为一种很罕见的慢性疾病，属传统性肉芽肿一型的炎症，但不化脓，也不成溃疡。好发部位为鼻腔前庭，但可蔓延扩展及上呼吸道各部，故亦称为呼吸道硬结病。发病年龄多在 20～50 岁间，男女发病率相等。

此病在古医书无记载，故有人认为混入到大麻风或梅毒一类恶疮中去论治了，例如《千金翼方·万病·耆婆治恶病》中的“鼻中生息肉”、《疯门全书》中的“金癞”等等，可能本病也在其内。1870 年在国外发现第一个病例，国内在 1931 年始有报道，1932 年在马德里召开的第二次国际耳鼻喉科会议上决定把本病命名为“硬结病”。

【临床表现】

鼻硬结病的轻重，根据有无并发症而定。一般可以分为三个阶段：

弥漫期：初期与普通的鼻炎相似，分泌物增多，属粘液脓性，形成脓痂后，粘膜呈萎缩性变化，故又很像萎缩性鼻炎。同时还可感到鼻中干燥、阻塞，间有鼻衄发生。

结节形成期：在此期间，鼻腔阻塞加重，有头痛，嗅觉失灵，咽喉干燥等症状出现。检查，鼻腔中生出无数小结节，多位于鼻中隔前部、鼻底部或下鼻甲前端。彼此相互融合，形成较大粒状肿块。其质坚硬，上覆脓痂，但无溃疡。如有继发性感染，则肿块表面亦可出现溃疡。鼻外部及上唇变坚硬僵化而出现畸形。《石室秘录·奇治法》中的“鼻大如拳”一例鼻病，不知是否为本病。

瘢痕形成期：因瘢痕形成而导致所有软组织收缩，鼻腔狭小，鼻部变形明显，鼻塞、干燥，继续存在。

此外，鼻分泌物培养化验、活组织切片等检查，有助于诊断。

【病因病机】

本病发作原因虽然较复杂，但总由感触毒邪、瘀滞僵化而致。

盖一接受毒邪，即能使气滞而血瘀。瘀滞一结，加之患区的特殊情况，故而易结而难疏，终至愈结愈甚，僵化木然如死物了。

《血证论·瘀血》："气为血滞，则聚而成形。血随气散，则没而不见。"本症只见其聚而不见其散，可知气滞一因，也属主要的一环。

【辨证论治】

初期：极似萎缩性鼻炎阶段，虽舌、脉的参考性不大，但显然已为肺燥金枯见证，也是气滞血瘀的前奏。

结节形成期：气滞血瘀已处于十分明显的时期。

瘢痕形成期：已进入僵化，局部以气血不到而失去其生机。至于出现鼻塞、干燥等症，并非另有他病，不过是僵化与瘢痕引起的后果。

·内治·

肺燥金枯阶段，当益肺润金法，但需未雨绸缪地考虑到疏和气血。常用方除百合固金汤之类以外，可配合些木香流气饮、通窍活血汤之类，但需予以加减。常用药：百合、生地、熟地、川贝母、当归、赤芍、丹皮、桃仁、木香、陈皮等。

已进入僵化木然阶段，除理气破瘀之外，更宜补益气血。因为理气破瘀，会使气血更虚，局部更无荣养，致僵者更僵，死者更死。

不论在哪一期，小金丹都可以作为有力的辅助用药。

·外治·

玉枢丹（即太乙紫金锭）细粉，用猪油调成糊状，涂擦鼻前庭患处。但金黄散等寒凉药绝对禁用。

用红花、桃仁、木香、乌药四味煎汤，用蒸汽蒸熏病区。每次约10分钟，水由热转温后，用纱布数层浸透，湿敷。冷后即再换温的。蒸熏及湿敷之后，擦干，仍涂以玉枢丹糊剂。

如有感染，可暂时敷贴黄连膏纱布。忌用九一丹药汞剂外用药，如需外用药，则用洋浮散或珠黄散。

畸形严重的可致呼吸困难，可施行局部矫形手术。

【预防与护理】

（1）本病在某些地区多见，虽然其传染途径未明，但到达这一地区时要多加注意，这是最好的预防。

（2）得病之后，局部注意保温及保持清洁。

（3）及时更换外用药或用蒸汽湿敷疗法。

（4）增加营养，忌烟、辛辣食品，可少量饮服黄酒、葡萄酒。

第十三节　鼻中隔疾病

中医过去限于客观条件，没有检查五官的习惯，尽管四诊中有"望"诊，但采取的是"体表诊断学"的"望"，根本没有在窍内的"望"。加之鼻中隔疾病，大多以手术为多，手术一途又是中医十分薄弱的一环。因之，本节中中医资料十分贫乏。

鼻中隔偏曲与矩状突

【临床表现】

由于鼻中隔畸形，将鼻腔的一侧或两侧机械性堵塞而形成鼻阻塞，粘膜增厚。常可引起头痛及出血。鼻粘液性分泌物增多，尤其是从鼻后渗流。

局部检查可见鼻中隔弯曲一侧，呈“C”字形或反“C”字形。也有两侧者，则呈“S”字形。或中隔的一侧具有不规则的矩状突起，在凸侧的鼻腔，即显示狭窄，凹侧的下鼻甲或中鼻甲，多有代偿性的肥大。

【病因病机】

外鼻部的损伤，是本病主要原因。此外，先天性者，多为发育异常，如颜面骨骼发育的不平衡或呼吸硬腭抬高等等，常可引起本病。

【辨证论治】

因本病在“十二纲”中属“体”，故非药物所能解决。要求矫正，只有手术。

·外治·

施行鼻中隔矫形手术。

【预防护理】

(1) 预防重点主要是防止鼻部外来损伤。

(2) 矫形手术后鼻腔粘塞物可于术后24～48小时内抽除。可先抽右侧，翌日再抽另一侧。

(3) 由于鼻内手术后粘膜反应较明显，抽去纱条后，鼻内可薄薄地涂擦黄连膏。

(4) 若切口愈合良好，术后5天可除尽填塞物。

鼻中隔血肿

鼻中隔血肿，为鼻中隔骨膜或骨膜下的出血而形成的肿物，中医习惯上称为瘀肿。《跌损妙方·头面门》的“大中穴伤”，虽仅言“鼻中也”而未及中隔，但不言而喻，中隔血肿必在其中。

【临床表现】

两侧鼻腔常感鼻塞不通，额部头痛，鼻梁有胀感及压迫感。严重的也可引起全身不适。

检查所见，鼻中隔上有半圆形表面光滑的隆起，位于软骨部，左右对称，柔软，粘膜颜色正常或稍显暗红色。

【病因病机】

鼻部外伤，为最主要因素，尤其是以鼻前部受到撞击为多。受伤后，血管破裂，血即不能“营行脉中”而外溢。但中隔粘膜无破裂之处以资血的外泄，则血液就会聚集在粘膜下而形成血肿，诚如《正体类要·和血定痛丸》篇中所谓“跌扑坠伤，瘀血壅肿”。中隔手术后并发症，如因术中止血不妥或术后患者因喷嚏咳嗽等头部震动亦可引起。

另外，本病还为各种出血性疾病如血液病、血友病、紫癜病的一个症状。其真正自发性者，则不多。

【辨证论治】

根据局部所见，诊断即可成立。

考离经之血，即与荣养周身之血，已睽绝而不合，基本上即为坏死的赘物，所以永久性的

积滞难消，在气滞血瘀之下，当然即产生疼痛。离经之血有三个转归：出血不多者及气血旺盛者，逐渐自行吸收；经感染而转化为脓肿或溃疡；血液凝固，转化为纤维组织，以致鼻中阻永久增厚，妨碍呼吸。

·内治·

主要为活血散瘀，常用方有加减地龙汤或逐瘀丹。常用药：桃仁、红花、生地、川芎、地龙、枳壳、桔梗等。

在初期，可用黎峒丸。出现正气不充者，可兼顾扶正，其中更以补气为重点。因为血以气行，气行则血亦行，气旺则瘀血畅行而更易吸收，常用方有四物汤合木香流气饮。常用药：当归、白芍、川芎、黄芪、枳壳、陈皮、乌药、大腹皮、木香、甘草等。

时久有转化为纤维组织时，可以重用破瘀攻坚药，如三棱、莪术、地鳖虫、瓦楞子、百药煎之类。

·外治·

外敷消瘀散或玉枢膏。

·其他·

初期血已凝结，在局麻下于中隔沿鼻底部，平行切开粘膜，取出血块。清洁后，加以压迫，待其自行愈合。

【预防与护理】

(1) 无特殊预防方法，唯注意外伤。

(2) 手术后 24～48 小时，取出填塞物。

(3) 禁止喷嚏，无法控制时，轻轻把鼻子捏紧，再开口打嚏。

鼻中隔脓肿

鼻中隔脓肿是鼻中隔软骨膜或骨膜下的积脓，多见于鼻中隔软骨中。鼻中隔单侧发生脓肿者较少见，大多是两侧同病。本病大多由鼻中隔血肿感染而来，故多见于外伤或中隔手术之后。

中医在鼻疮一症中，包括本病。

【临床表现】

脓肿可发于鼻中隔一侧，而致软骨破坏，使肿毒向对侧扩散，引起两侧同病。鼻中隔两侧肿胀隆起，粘膜呈暗红色，有波动感及触痛。严重者鼻梁部也出现红肿，鼻尖部明显压痛，颌下淋巴结肿胀压痛。由于正邪相搏，所以在高峰时常有畏寒、发热、头痛等全身症状。

如失治或误治，可引起鼻中隔软骨腐烂，发生塌鼻。脓肿也有自行溃破而转为慢性者。如其两侧粘膜均腐烂，则可发生鼻中隔穿孔。

【病因病机】

鼻中隔外伤：包括手术等都可产生粘膜下出血。如粘膜无破裂，血液就会聚集在粘膜下而形成血肿，在继发性感染的影响下易变成脓肿。诚如《血证论·瘀血》所谓“瘀血在经络脏腑之间，与气相战斗，则郁蒸腐化而变为脓”。

热毒内蕴：上犯嗜门，至气血一滞而成脓肿。诚如《灵枢·痈疽篇》所谓“热胜则肉腐，肉腐则为脓”。

急性传染病：如天花、麻疹、伤寒、斑疹伤寒、流感、猩红热、丹毒等邪毒不得外泄或泄而不彻，致毒归于肺经而成本病。

【辨证论治】

鼻中隔急性疼痛，两侧隆起（初起时仅一侧），触诊有波动感，压痛严重，本病在临床上诊断并不困难。

·内治·

初期：疼痛剧烈，鼻外皮肤红润或伴以肿胀。脉来浮大、弦数，舌有薄黄苔者，属风热。当疏风清热法，以七星剑汤最适合，有时麻黄可以除去，改用黄芩。常用药：苍耳子、豨莶草、紫花地丁、白芷、防风、银花、生甘草等。

中期：红肿明显，疼痛更甚，甚至有跳跃感者。全身性症状明显，大便干结。脉数或大有力，舌黄苔者，热毒旺盛。当重剂清热解毒，取银花解毒汤或济阴汤。常用药：银花、连翘、丹皮、赤芍、石膏、知母、黄芩、黄连、山栀等。

后期：脓泄之后，炎性症状也进入衰退阶段。此时，热毒也随着脓液的排泄而排出。内服药也需过渡到轻剂的清热解毒剂，常用代表方为五味消毒饮之类。常用药：银花、连翘、紫花地丁、蒲公英、天葵子、生甘草等。

如其转为慢性，鼻软骨腐烂者，改用化骨至神丹或五神汤。另外，也可参阅第四节“鼻疖肿”的有关内容。

·外治·

初期：可用玉枢丹膏涂布鼻中隔上，也可用青敷药敷在鼻外。每天换一次。

中期：成脓后切开，创口用九一丹。如引流不畅，可加捻子，上面再盖黄连膏纱布。每天换1～2次。

后期：撒生肌散，上盖黄连膏纱布。

·其他·

可以早期切开引流，以防止软骨被腐蚀破坏。

如中隔已破坏而呈塌陷者，可待炎症消失2～3个月之后，进行鼻部矫形手术。

【预防与护理】

（1）未化脓之前，认真敷药。

（2）切开或自溃后，注意引流通畅。

（3）换药清洁创口时注意不要损伤对侧鼻腔的粘膜。否则，粘膜因损伤而形成溃疡，则势必导致中隔穿孔，为今后矫形增加麻烦。

鼻中隔溃疡

鼻中隔前端近前庭处，病变粘膜坏死脱落形成溃疡，如其长期没有愈合倾向，即可称为鼻中隔溃疡。如仅仅是鼻中隔粘膜上皮粗糙或糜烂，则只能称中隔糜烂。《太平圣惠方》、《圣济总录》的“鼻中生疮”，《古今医统》《医学入门》的“鼻疮”病例中，有本病在其内。

【临床表现】

鼻腔干燥不舒，因有痂皮附丽，增厚时即呼吸受阻。痂皮燥裂或强行剥去时即渗血，但量极少。

溃疡日久，可内侵软骨或骨部，产生有恶臭的血性分泌物，终致中隔洞穿而成中隔穿孔。

溃疡的表现，由于各种病因的不同而各异。常见表现见下表：

	个数	状态	部位	溃疡面	肉芽	边缘	疡面	出血	骨部	分泌物	血象	其他
单纯性	单个	圆形	中隔前端,近鼻前庭处	清洁	红色	整齐	浅在	容易				
结核性			软骨部				潜在性			可见结核杆菌		
狼疮性			中隔前部,鼻前庭、上唇、眼睑、皮肤等处		苹果酱色							
梅毒性	多发性		多在中隔软骨与筛骨正中板连接处	基底污秽		较厚	深而呈环状		侵犯		康华氏反应阳性	
麻风性										有致病菌		

【病因病机】

·外因常见以下几种：

外伤：因经常用手指挖鼻损伤粘膜所致。此症多位于鼻中隔软骨部近鼻前庭处，溃疡底部常有鼻中隔偏曲或突起的畸形。此处粘膜血循环不良，且因手指不断挖掐的刺激，故不易愈合。

化学药品的长期刺激：长期接触硝酸、硫酸及氰化物的工作人员，如无预防措施者，也易造成中隔溃疡。

特种传染疾病：如梅毒、结核、麻风、狼疮等，均可发生粘膜病变，形成局部溃疡。

内因：一般为肺经积热，内停湿浊而致。故《疡科心得集》谓："此由肺气不清，风湿郁滞而成。夫鼻孔为肺之窍，为呼吸之门户，其气上通于脑，下行于肺，肺气壅盛，一有阻滞，诸病生焉。"

如不加认真治疗，终致中隔穿孔。

【辨证论治】

凡由于结核、梅毒、麻风、狼疮等疾病引起的，必然先有原发病。再经过其他检查，不难确诊。

一般单纯性的溃疡，以其"热胜则肉腐，肉腐则为脓，脓不泻则烂筋，筋烂则伤骨"(引《灵枢·痈疽篇》)，当然责之于热毒。又因其病在嗓门属肺，故视为肺经积热。

如有臭气，考腐臭为五臭中属肾者，腥臭为五臭中的属肺者，故而与肺、肾经有其密切关系。

脓液中带有血者，乃血热或损及络脉所致。

局部创面比较干净，脓出清稀。同时全身症状表现衰弱征象。脉来软弱者，乃正气不足，溃疡无力收敛。

·内治·

凡属肺经积热，实证取黄芩汤，虚证取加减清肺汤之类。常用药：桑白皮、黄芩、生地、丹皮、天花粉、山栀、赤芍、地骨皮、知母等。

有臭气合并骨质破坏者，常用代表方有五神汤或化骨至神丹之类。常用药：石膏、知母、银花、连翘、生地、丹皮、赤芍等。渗血者，以上诸方中酌加凉血止血药物如茜草、紫草、丹皮、赤芍等。有虚象者，加蒲黄炒阿胶珠。正衰者，以四妙汤最合适，还有四物汤、四君子汤或八珍汤等，也可以观察其属血虚、气虚或两者俱虚而酌情取用。

·外治·

一般治疗，在创面上薄薄地掺上一层月白珍珠散，然后以黄连膏纱布盖贴。贴后予以压紧。

有臭气者，加冰片。出血者，忌冰片，加百草霜。

【预防与护理】

参阅上文“鼻中隔脓肿”的有关内容。

鼻中隔穿孔

鼻中隔穿孔乃软骨或骨质及两侧粘膜损坏，形成两侧鼻腔贯通的一种疾病。此病平时很难发现，一般是在做鼻腔检查时发现，而且无自觉症状，更无严重的妨碍健康，因之在古代文献中很少谈及。

【临床表现】

穿孔有大有小，位置有前有后，故其症状也各异。若穿孔细小者，可以全无症状。大的穿孔，鼻内可有结痂，故有干燥感及异物感。穿孔在前部的，在吸气时可能有吹笛样的声音。

此外，少数民族女子有穿戴鼻环的风俗，这种鼻中隔穿孔不能作为一种疾病。

【病因病机】

因各种原因先使中隔粘膜损伤，形成溃疡，然后侵及软骨，使软骨腐烂，累及对侧，致成两腔贯通。另外，外伤、手术亦可造成。

致病原因大体上有：鼻腔特种感染（如结核、梅毒、麻风、狼疮等）、化学物刺激（硝酸、硫酸、氰化物之类）、某种急性传染病（如白喉、猩红热、伤寒、天花等）、中隔本身的疾病（如血肿、脓肿、溃疡等）。

【辨证论治】

本病重点在“辨病”，一般的穿孔没有什么辨证可言。

如何辨病，详见“鼻中隔溃疡”表。

特殊性感染引起的，必须治疗其原发病。凡穿孔形成已久，局部干燥洁净，无一切自觉症状者，属于机体的残缺，可以不作疾病处理。除了手术修补之外，内服药治疗根本无效。现在常用的修补手术有：减张缝合植皮法、中鼻甲粘膜修补法、塑料片置入法、下鼻甲粘膜瓣修补法、整形修补法等等。

【预防与护理】

（1）改掉随便挖鼻的习惯。

(2) 对鼻中隔血肿、鼻中隔脓肿、鼻中隔溃疡等病，需精心治疗，不能延误拖延。

(3) 手术后护理，参阅上文。

第十四节　鼻息肉、鼻甲息肉样病变

本病传统名称为鼻痔，又称鼻齆、息肉、鼻中息肉、鼻中肉蝼蛄、瘜肉、鼻中肉赘、齆瘜、鼻疮、息肉痔痈、鼻中赘疣、息肉痔、鼻中肉块、鼻茸、鼻蕈、鼻菌、鼻梃等。

《说文系传》："息者，身外生之也。"徐氏(《说文系传》作者徐锴)乃根据《史记·孟尝君列传》的"贷钱多者，不能与其息"的"息"字含义而引伸出来的。所谓息，是先有本金，然后产生子息，俗称利息。现把人喻之为本金，在人体上多余出来的组织，当然可喻为子息了，所以人体上赘余的组织，名之曰息。因属于疾病，故有人写作瘜。

鼻息肉是鼻腔中多余的赘生物，所以《说文解字》解释为"寄肉也"。

鼻甲息肉样病变，简称息变，乃人身素有的鼻甲特别是中鼻甲，由正常的组织蜕变为息肉样物，故称为息变，总之前者(息肉)是无中生有，后者(息变)是机体的正常组织蜕变而来。所以有相同之处，也有不同之处，但中医则视为同一病变。

《洞天奥旨》的解释是："鼻息者，生于鼻孔之内，其形塞满窍门而艰于取息(一呼一吸谓之息)，故名鼻息"，那又是一个定义了，但也十分恰当。

鼻息肉、息变，虽然貌似肿瘤，但不是肿瘤，因为它是由于鼻腔和鼻窦粘膜的极度水肿而形成的。它是一团慢性水肿的鼻腔或鼻窦的粘膜，连着一段小蒂，具有特殊外形。正因为它的形态特殊，所以中医历来就产生了许多名称。

鼻息肉一名，《内经》中早就出现，但到明代有了鼻痔一名之后，即以鼻痔作为正式病名而沿用到现在。很可能与《医宗金鉴·外科心法》也用鼻痔之名，有极大的关系。但也有人把鼻痔与鼻息肉作为同病异型而论者，如《洞天奥旨》："鼻痔，亦生鼻内，略小于鼻息。"

本病在秦汉以前，人们就已认识到了，如《内经》就有讨论，但还是十分模糊。到《诸病源候论》而逐渐清楚起来。治疗方面，在唐代就已初具规模，如采用轻微的腐蚀法，《千金要方》、《外台秘要》的用藜芦、矾石等来腐蚀，此方此法，虽然疗效极微，但一直沿用到现在。

此外，也采用药物与手术疗法，如唐代《酉阳杂俎》载有："永贞中(公元 805 年左右)，东市百姓王布，有女，十四五，鼻两孔各垂息肉如皂夹子，基根如麻线，长寸许。一日，有梵僧 以药吹鼻中。少顷，摘去之。"根据这样描写，显然是使用麻醉药后而手术摘除的。不过该书不是医学著作而未详述。还有《集异记》："狄梁公(公元 607～700 年)，性闲医学，尤妙针术。显庆中(公元 656～660 年)应制入关，路由华州，……有富室儿，年可十四五，卧碑下，鼻端生赘，大如拳石，根蒂缀鼻，……公令扶起，即于脑后下针寸许，出针而疣赘应手而落。"到了 17 世纪初，开始取用圈套器来摘除鼻息肉，见《外科正宗·鼻痔》(原版编次为"第五十二"，在卷四。许氏校订版编次为"第五十九"，在卷十)，谓：取鼻痔秘法，先用回香草散，连吹二次。用细铜筷(原文用筯，为古体筷字)二根，筷头钻一小孔，用丝线穿孔内，二筷相离五分许(2 厘米左右)。以二筷头直入鼻痔根上，将筷线绞紧，向下一拨，其痔自然拨落。置水中观其大小。预用胎发烧灰，同象牙屑等分，吹鼻内，其血自止。回香草散，……回香草、高良姜，晒干，等分为末。用此先吹鼻痔上，二次。时许随后行取法，其痔自然易脱。"与《外科正宗》同一时代的另一部文学著作《玉芝堂谈荟》中也同有样记载，可知明代的鼻息肉摘除手术已十分普遍了。

此病发病率男多于女。小儿则很少见。

【临床表现】

以渐进性鼻塞为主，随息肉的渐渐长大和数目增多，呼吸即发生障碍，常用口腔呼吸。由于肺气不宣，即有喷嚏及分泌物增多、嗅觉异常或减退。过大息肉，也能从前鼻孔突出，一如《疡科心集·辨鼻渊鼻痔鼻衄论》所谓"结如榴子，渐大下垂。或时缩进，或时垂出，闭塞孔窍，使气不宣通"。多发性双侧息肉过大时，外鼻可以发生畸形，鼻梁宽阔膨大，形成"蛙鼻"。

鼻后孔息肉，大多发源于上颌窦，以长蒂通过窦口经中鼻道向后悬垂于鼻后孔，甚至从鼻咽腔下挂，与《疡医大全·喉瘤》的"生于喉间，形如圆眼(即桂圆或称龙眼)大，血丝相裹如瘤"如出一辙。如其并发鼻窦炎者，分泌物为脓样，症状也更为严重。并发咽喉方面的疾病，也比较常见。

本病经常可以出现头痛、记忆力衰退，或思想不易集中。言语常呈现阻塞性鼻音。

检查可见，这种肿物具有特殊的外形，颇似剥去外皮的白色葡萄或像新鲜荔枝肉，光滑、淡红或灰白色或带紫青蓝色。表面显示出水汪汪的光亮滋润。不出血，触之呈柔软感，可以拨动。

分泌物涂片，可看到较多嗜酸性多核细胞。

息变和息肉很相似，在诊断上经常可以误诊。但息变是中甲的变质，并非像息肉那样全为水肿的粘膜形成，所以触觉有硬韧的感觉。

已经形成溃疡的恶性肿瘤，可以和发了炎的息肉相像，尤其是息变。不过肿瘤有触痛感，容易出血，即使极轻一触，也能出血不止。同时肿瘤还散发尸臭样的臭气。为明确诊断，可作活组织病理检查。

【病因病机】

冷搏气血：《诸病源候论·鼻息肉候》："冷搏于血气，停结鼻内，故变生息肉。"

肺气盛：《医学正传·病病》："齇鼻瘜肉，乃肺气盛。"

肺气热：《医学入门·鼻》："鼻痔，肺气热极，日久凝浊，结成息肉。"

肺气不清，风湿郁滞：《外科正宗·鼻痔》："鼻痔者，由肺气不清，风湿郁滞而成。……闭塞孔窍，使气不得宣通。"

肺经毒气：《洞天奥旨·鼻瘜鼻痔》："鼻瘜……，鼻痔……，皆肺经受毒气，不能消。湿热壅滞，而生此二病也。"

血热：《张氏医通·鼻息肉》："息肉，此血热胜也。"

上焦积热：《医学准绳六要》："瘜肉必由上焦积热，郁塞已久而生，然有诸中，然后形诸外。"

三焦之火上炎：《疡医大全·鼻痔》："湿热之气，外郁皮肤，内应太阴，故三焦之火，得以上炎，如灶火上炎而成煤也。"

厚味：《医林正印·鼻症》："鼻痔，厚味拥湿热，蒸于肺门，日久结成瘜肉。"

热痰流注：《丹溪心法·鼻病》："鼻中息肉，胃中有食积，热痰流注。"

热伏于脑：外寒侵袭：《疡医大全·鼻痔》："亦有热伏于脑，外寒侵袭。"

湿热：《张氏医通》："鼻痔，乃湿热胜也。"

浊气：《医学入门万病衡要·鼻病》："浊气凝结，而生息肉。"

六气七情：《疮疡经验全书·鼻痔》："鼻孔中息肉，名曰鼻痔。皆由六气七情所感而生。……窒塞不通，当戒酒节欲，除烦恼忧愁。"

一般说来，本病大多为清阳不升，浊阴上潜，致清窍蒙垢，而赘生物即自然滋生。所谓浊

阴者，不外乎湿热与湿浊两种。前者湿邪而又夹热邪，后者系单纯的湿邪，湿郁久则有类于“酵解”样的氤氲上蒸，于是上熏清窍，诚如《韩氏医通·悬壶医案章·贵人》第七则：“湿热熏于肺门，如雨霁之地，突生芝菌也。”

但在辨证上，必须明辨湿是否夹热。如纯湿证的话，是实证的湿浊还是脾运失健而导致的内湿。所以本病的本为清阳不升，标是湿热、湿浊及脾虚生湿三者。

【辨证论治】

辨证重点在于三种湿证的鉴别。清阳不升，浊阴上潜乃是共性，不论哪一证都具备了这个因素。

湿热证：湿邪与热邪结合在一起而致病。表现于局部者，息肉或息变呈水泡样饱满，分泌物色黄质稠，很难擤出，严重的甚至带有血迹。全身症状，头痛比较严重，口渴，小便多黄而浊。脉实或数或弦，总之有力而劲，舌苔黄腻。

实证湿浊：习惯上也称外湿，是指受外界湿邪或饮食所伤而言。《古今医鉴·鼻病》的“此厚味拥湿”之说，的确是它间接的祸首。湿为粘腻之邪，属邪之阴者，难清难彻，而且还能阻碍气机，所以不论鼻息肉或息变，都是病程漫长，旋摘而旋生。局部症状最突出的特点是分泌物奇多而色白不稠，即使有些黄色，也很轻微。全身症状，头脑钝痛沉重如裹，终日浑浑不舒，食欲不振，胸闷失畅，甚至腹胀便溏，四肢怠惰。舌苔白腻，舌质淡胖，脉来濡、缓等。

虚证湿浊：这是指体内水湿自生而言，也可称为内湿。大都由于脾肾阳虚，运化水湿功能障碍所致。局部症状，无特殊的诊断依据，主要在于全身症状。表现为食欲不振，大便偏稀偏溏，腹胀在得食后更甚，面色苍白不华，精神倦怠，四肢无力，严重的可以出现下肢浮肿。舌质淡白，肥胖而嫩，脉濡缓或沉细无力。

·内治·

湿热：当取清热利湿法，常用方取黄芩汤、五苓散、苍耳子散三方综合取舍。如其偏于肝胆者（胆移热于脑），黄芩汤改用龙胆泻肝汤，同时注意升清。常用药：黄芩、山栀、滑石、茯苓、泽泻、苍耳子、辛夷、白芷、菖蒲、柴胡等。

湿浊之实证：常用方有平胃散、五苓散，并参以升清药物。常用药：陈皮、茯苓、泽泻、半夏、六一散、柴胡、菖蒲、苍术、白术等。

湿浊之虚证：当健脾制湿，常用方有六君子汤、异功散之类，也可取用补中益气汤或益气聪明汤之类。常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、半夏、柴胡、升麻、路路通、菖蒲等。

不论哪一型，升清一法，在所必用。但对高血压病患者，务须慎用。

·外治·

习惯上局部外用药物来腐蚀，但很不理想。因为用药轻而平稳的，难消赘物。用药重而峻猛者，息肉未去而周围健康组织反而损害，得不偿失。虽然自唐代以来的外用药，在不断地改进，但至今仍未达到真正理想的境界。唐《千金要方》、《外台秘要》的用藜芦、矾石，宋《太平圣惠方》、《圣济总录》又增添了朱砂、雄黄、猪牙皂、巴豆等，明初《普济方》又增添了全蝎、白丁香等。清《外科辑要》又广泛地使用硇砂、轻粉。

历来取用的所谓硇砂散、鼻息散等，处方基本上相仿。干老手订的“消息散”处方为：淡硇砂 10 克　轻粉 3 克　雄黄 5 克　月石 30 克　铜绿 5 克　枯矾 30 克　冰片酌量。制法：共研极细末，瓷瓶贮藏。用法：用玻璃眼药棒，蘸药，涂在息肉表面。息变不适用。尽管以上用药，效果不理想，但至今还没有更为有效的方药来代替。手术摘除，最为理想。

息肉摘除后，还容易再度产生，甚至旋摘而旋生，临床上不乏每隔 1～2 年，做一次摘除

手术者。因此应该在摘除之后，配合中药内治。手术可去其赘物，中药内治可控制其复发。干老首创了药物蒸汽吸入法。所用药物：苍术 10 克　白芷 10 克　石榴皮 10 克。如息肉过大或息变，加乌梅 10 克。如清涕奇多、粘膜苍白者，加细辛 3 克。如鼻塞与失嗅严重者，加皂角刺 3 克。其中细辛、皂角刺用量不宜过多，否则即产生刺痛。每剂冬天可用三天，夏天仅用一天。

用法：先将诸药浓煎，再取厚纸做成漏斗，大口扣盖于贮药皿上，小口扣住鼻孔，缓缓吸入。至蒸汽消失时为止。每次熏吸 5～10 分钟。每天两次，时间不规定。熏吸之后，不能马上呼吸寒凉空气，冬天要注意。如其鼻塞不通，难以吸气者，则可事前滴以麻黄碱滴液或滴鼻净之类的粘膜收缩剂。

曾有人试用肛肠科常用的枯痔液，作注射、压瘪、脱落的过程以完成全套顺序，因干老未试过，不予推荐，仅供读者参考。

手术摘除之后，在手术创伤完全消失后即进中药，处方为：党参、黄芪、防风、白术、辛夷、乌梅、诃子肉、干地龙、蝉衣等。开始连续服两星期。以后每个月进服一星期，两年后每两个月进服一星期。三年后停药。

【预防与护理】

（1）本病大多为各种鼻病的继发症或并发症，故要积极治疗各种原发鼻病。

（2）工作生活环境应保持空气新鲜。

（3）平时在鼻腔少用薄荷、冰片制剂。

（4）忌辛辣、酒类等刺激性食品。

（5）蒸汽吸入疗法。

（6）手术后的护理：取半坐位；术后少量出血者，可冷敷额前。滴麻油（经过高压消毒者）于纱布上，轻轻塞在鼻腔内，每天换 3～4 次，这样可以减少出血。将脱离创面的血凝块，逐日清除，直到痊愈。但需注意，尚未剥离者，切忌暴力剥去。

第十五节　鼻　　石

鼻石传统名称为鼻中肉块，为一罕见的鼻病，故为古书所未记载。本病常为一侧的鼻腔内出现石样硬结。好发对象为成人。《鲍氏验方新编》的“鼻中肉块，……其肉渐渐自落”，可能即是此病。

【临床表现】

常感一侧性鼻腔阻塞或伴以头痛、头昏。鼻腔分泌物增多，有时鼻腔出血。但其对鼻腔的刺激则远远不及异物严重。病程很长，经常可达数年或数十年不等。

检查可见鼻底下鼻道处有脆性硬物，其色为黄、灰、棕、黑等。大小很不一致。表面不平滑，粗糙而不规则。形状不一，即以所在空间的模式生长。其质脆弱易碎。所以《世医得效方·鼻病灸法》的“于鼻中去臭积一块，如朽骨”，可能即此。因它逐渐增长而常将中隔推向对侧，使中隔穿孔及鼻甲萎缩，粘膜则可发生肉芽肿或溃疡。

【病因病机】

外因常为细小而无刺激性的异物，长期附粘不去，以此作核心，时日一久发生变质而成。内因为痰浊与肺火，长期相互作用而凝成。

【辨证论治】

内服药作用不大，一般采用手术取出。取出之后，一切症状消失，预后良好。

如有肉芽增生取烙法。烧灼到肉芽平复后，按溃疡处理。

溃疡的处理，可用绿袍散或珠黄散，蜜调涂敷。如觉蜂蜜有刺痛者，改用饴糖或麻油均可。

第十六节　鼻腔异物

鼻腔异物传统名称为某物入鼻，常见于小孩。其发病率基本和外耳道异物相等，但外耳道异物在中医古籍中记载较多，鼻腔异物则几乎没有。除《诸病源候论·鼻病诸候·食诸物误落鼻内候》的"颃颡之间，通于鼻道，气入有食物未及下喉，或因言语或因嚏咳而气则逆，故食物因气逆者，误落鼻内"之外，在宋代以前未有其他记载。《鲍氏验方新编》："小儿无知，误将豆粒塞入鼻孔，用手自挖，进入关内，豆因鼻涕放大，肿胀痛甚，百方不能取"。这一例较为典型。

异物绝大多数是由鼻孔进入，少数也有因呕吐、狂咳、进食讲话或软腭麻痹，从鼻咽部侵入。例如《古今医统》的"卒食，物从鼻中缩入脑中，介介痛，不出"的一例，可能即指此而言，还有因外伤穿入鼻腔者。

最常见的为小孩，尤以三岁左右的更多。他们在玩耍的时候，喜将异物塞纳鼻中。精神病患者，有时也会塞进东西。在正常成人中，异物常为治疗时遗下的棉花块，或由于医护人员不小心而把残断的器械留在里面。子弹、木片、铁片及玻璃片等，有时因战祸、地震等意外嵌入鼻内。总之，可以进入或侵入鼻腔的东西都是异物。

鼻腔异物，可分为有生命的(指动物)及无生命的(包括植物、矿物及塑料制品)两类。其中以无生命异物为多见，如树叶、果皮、果核、豆粒、花生、纸卷、棉花、纱布、小石子、玻璃球、铁钉、软木塞、钮扣及小玩具等。有生命异物，蝇、蚊、昆虫等等为多见，甚至蚂蝗之类。

【临床表现】

症状因异物的性质、大小、形态和有生命或无生命而定。小的金属或矿物性异物，可在鼻内存留很长时间而不会发生明显症状。植物类异物因为容易吸收水分而膨胀、腐败，故很快就产生症状。一般来说，任何异物进入鼻腔，迟早总会引起粘膜的炎症及糜烂，产生臭气。

主要症状为一侧性鼻阻塞，流出鼻涕带有脓性分泌物，也有出血者，有时可产生胀痛。故小孩及精神病患者，有一侧鼻腔很臭或带血性分泌物者，应该首先考虑本病。

检查时，用麻醉药及粘膜收缩剂后，再用探针或吸引器检查鼻腔内部。血块和红色肉芽有时会将异物遮住而像一个肿瘤，但用探针可触到那个异物。大多数的异物都在下鼻道。

【辨证论治】

·内治·

内服药无效。有了并发症，才需用内治。

·外治·

如为儿童，可将患者两耳塞紧，两目及嘴巴紧闭，在没有异物的鼻腔内喷以开关散，取嚏。这样是借喷嚏的爆炸性动力来促使异物向外排出。也可取用鸡毛、小纸捻子来刺激没有异物的鼻腔来取嚏。

对质地柔软的异物，如纸卷或棉花、纱条之类。可用镊子或鼻异物钳挟取。但对质地坚硬的并不相宜，因为硬质异物不能挟持，反而易把异物推向深处，所以改用异物钩钩取，较为

合适。如无专用鼻腔异物钩者，可用耵聍钩代替。必要时可用回形针拉开一端(外圈)，将内圈捏合，手持拉开的外圈，以内圈伸入鼻腔，钩取异物。钩取时可沿鼻中隔向上从鼻顶部越过异物，钩住异物的后部，向前下方徐徐拖出，动作要轻巧而迅速，只要钩出鼻前庭阈即告手术成功。注意异物钩必须着力于异物中心，否则易于滑脱。

若为植物类异物如花生、豆类等已变软时，可将异物钩直接刺入异物体内，再向外拉出。

对于已经腐化的植物或呛入鼻腔的食物残渣，则钳取不易，亦不能用钩，可改用吸引器吸出，也可采用鼻腔冲洗法洗出。

异物停留于鼻腔深部，不易从前鼻孔取出时，亦可将异物推向后面，因为解剖上后鼻孔比前鼻孔大一倍左右，再经咽部吐出。但对小儿患者，应在仰卧垂头位姿势下进行，以防吸入呼吸道。

对于生物类异物，可表面麻醉数分钟后，用鼻镊取出。

【预防与护理】

(1) 培养儿童养成不把小东西向耳朵、鼻子、口腔里乱塞的习惯。

(2) 进食时，不谈笑讲话。

(3) 如有飞蚊、飞蝇吸入鼻中，切勿乱挖，只能用擤涕的方式来把它擤出。把鼻翼捏紧，把蚊、蝇挤死，然后再与鼻涕同时擤出。

第十七节　鼻　　衄

鼻衄(又称鼻出血)，传统名称为鼽衄、衄血、血衄、衄、衄蔑、血溢鼻血、鼻洪、鼻大衄、鼻久衄、太阳衄、阳明衄、红汗、五脏衄、酒食衄、折伤衄、鼻出血、鼻沥血、外渍、脑衄、衂血劫、鼻红等。

鼻衄王冰解释是："衄，谓鼻中出血。"它是鼻病中的常见病、多发病，但其原因相当复杂。绝大多数是某一种疾病的一个症状，而不是一种独立疾病。如出血过多，就会产生贫血、休克，甚至死亡。本病有时也是严重的全身性疾病的反映。

《三因极一病证方论》的红汗，干老认为是急性传染病引起的鼻出血。《济生方》："时气鼻衄，不可遽止。"所指也是红汗。但《伤寒家秘》谓："俗人以血为红汗"，则又似红汗两字并不专指鼻出血而言。不过《伤寒补天石》把红汗编排在鼻血病一门中，那么又是属于急性传染病引起的鼻衄了，但还应该包括瘟疫鼻衄的外渍。由月经代偿性的鼻衄，《女科秘诀》称为倒经，《女科辑要》则称为月经倒行。张仲景把经常流鼻血的人，称之为衄家。

【临床表现】

鼻腔自发性出血，常发生于挖鼻、喷嚏、咳嗽或擤鼻用力过猛时，或在热水中俯首洗头洗面之际。血量有多有少，可从仅仅渗出一些血迹到足以引起死亡的大量流血。至于涕中夹血者及锈色涕，在习惯上不作为鼻衄论。

久衄或大衄，也可引起昏厥、休克，或严重的急性、慢性贫血，此外还有反复发作者。诚如《秘传证治要诀》所谓"曾病衄愈后，血因旧路，一月或三四衄，日以为常"。

检查所见，如在鼻腔者，任何部位均可出血，但以鼻中隔为最易出血之处，其中立特尔氏区占全部鼻出血的2/3以上。其次为鼻腔后段、中段或前段的顶部。

【病因病机】

外来伤害所引起，可分以下几方面：① 外伤性：《伤科补要》："伤及鼻窍，口鼻流血。"②

化学中毒:《名医类案》:“……其兄衄血甚,……曾服丹或烧炼药。”③ 药物中毒者:《洗冤录》:“凡可以致人于死者,非独砒鸩为然,……致口鼻流血。”④ 外感六淫者:《类证治裁》:“火迫致衄,有六淫之火,如风、寒壅盛于经,火邪充极。”⑤ 悍热:《医学真传》:“悍热之气,伤其荣血,遂迫血妄行而为衄。”⑥ 燥气:《血证论》“秋冬阴气,本应收敛,若有燥火伤其脉络,热气浮越,逼血上行,循经脉而出于鼻。”

五志之火所引起,可分为:① 心火:《明医指掌》:“衄者,鼻流血也。皆以为属阴虚君火之病。”② 肝火:《医醇剩义》:“肝火蕴结,骤犯肺穴,火性炎上,逼血上行。”③ 脾火:《幼科铁镜》:“脾热传肺而脾不能统,血归鼻出。”④ 肺火:《外科正宗》:“乃肺经火旺。”⑤ 肾火:《医醇剩义》:“阴分久亏,龙雷之火犯肺。”⑥ 胃火:《素问病机气宜保命集》:“衄者阳热,怫郁于足阳明经。”

特殊感染性病所引起:① 梅毒引起的:《霉疮秘录》:“毒气上攻,七孔流血。”② 麻风引起的:《解围元薮》:“血风,如血灌周身……或衄血,吐血、咯血。”③ 结核引起的:《红炉点火》:“所以火载血上,错经妄行,越出上窍而为吐衄咳唾等候。”④ 白喉:《白喉全生集》:“鼻出浊涕,且见血丝者,风热熏蒸鼻窍也。”尽管各种原发病病种不同,但出血因素,都不出热毒和正衰两者。

代偿性出血:① 红汗:这是热性病邪盛,以鼻血来代替出汗,所以这种鼻衄,基本上可获得汗解而邪泄的作用。如《三因极一病证方论》:“伤寒自衄,此种鼻衄,因由血分泄而成衄,世谓之红汗。”又如《血证论》:“伤寒失汗,邪无出路,因由血分泄而为衄,此名红汗。”所以不必处理。② 倒经:这也是代偿性出血。如《医宗金鉴·妇科心法要诀》谓:“妇女月经,一月一下,此其常也。若经行而吐血衄血,上溢妄行者,是谓倒经。”以上两者都是代偿性出血,但前者不必治疗,后者为病疾而亟须重视。

肝阳上亢:《回春录新诠·血证·孙执中》:“鼻衄如注,……人身应之,肝阳乃动,血亦随而上溢。”

五脏内伤:《三因极一病症方论》:“积怒伤肝,积忧伤肺,烦思伤脾,失志伤肾,暴喜伤心,皆能动血,蓄聚不已,停留胸间,随气上溢,入清气道中,发为鼻衄。”

下虚上实:《脉经·平三关病候并治宜》:“寸口脉微,若寒为衄,上虚下实,必衄也。”

瘀积:《杂病广要·诸血病·血衄》:“衄血,弦涩为有瘀积。”

心虚:《医史·抱一翁传》:“肝藏血而心主之。今寸口脉微,知心虚也。心虚则不能司其血,故逆而妄行。”

气滞:《医说·鼻衄吐血·鼻衄》:“血随气运转,气有滞逆,所以妄行。”

酒:《临证指南·衄·十二案某》:“食烧酒辛热,及青梅酸泄,遂衄血咳嗽。”

多劳过欲:《临证指南·衄·邵新甫按》:“多劳过欲,病及天一之真,阳浮引阴而以冒上窍者。”

由于虚弱正衰者:① 肾虚:《金子久医案》:“肾水不足,肝木失滋,木火上灼,金脏受伤。”② 脾虚不能统血:《类证治裁》:“其思伤心脾,惊悸不眠,……此治衄内因也。”脾有司统摄营血的作用,脾气旺盛,脉络致密,营血周游运行脉中,使其就范而且循环不息。脾气一虚,统摄失权,则血行不受统摄而外溢。③ 阴亏:《受庐医案·失血门》:“心荡神驰,阴亏内热之体,厥阳化火上逆,扰动脉络,血行清道,从高灌注而下。”④ 气血暴虚:《吴鞠通医案·衄血·第一案第三诊》:“气血暴虚也。”⑤ 病后或营养障碍者:《医学纲目》:“大病瘥后,劳便鼻衄。”由于虚弱正衰者,不管虚在何脏何腑,总是相互牵涉影响的,所以《医门补要》谓:“亏弱之体,太历

辛苦，或病后未曾复元，气血不充，肺生气，脾统血，肺虚气不外护，脾虚血失中守。若阳络一伤，逼血上溢清道而出。”非但说明了人是整体的，而更阐明了为什么虚在脾经而出血却在肺穴的道理。

由于血友病者：《丹台玉案·诸血门》：“偶然抓伤血络，血出不止，名曰血潜，若不急救，血尽即危。”

由于人体阴阳、气血升降失调而致者。《局方发挥》：“夫口鼻出血，皆是阳盛阴虚，有升无降，血随气上，越出上窍。”

失治：《普济方·鼻门》：“鼻衄，当汗不汗所致。”

以上各家学说，貌似千头万绪，其实，归纳起来，不出四个关键性的因素：

燥：燥当然可以从六淫中燥气直接侵害而来，但大多为其他病因的转化，诸如风能生燥、火能致燥、血虚起燥、阴伤化燥、津脱成燥、液枯即燥等。虽然原因很多，但总是失水而火旺，诚如《易·乾》所谓：“水流湿，火就燥。”

火：所谓火，包含着两个内容：其一是生命的动力，为阳气所化，属生理上的火，如君火、相火、少火、脾阳、肾阳……，现在所说的，当然不是这个火。其二，为病理变化过程中机能亢进的表现。其中可分五志之火与六淫之火。不过五志之火归根结底，也是由生理上的火过亢而转化为病理上的火。这里鼻衄的火，不管它是五志之火还是六淫之火，概可以视为肺火、肝火、胃火三种，但虚、实必须严格区别。

气虚脾不统血：脾有统摄营血的功能，使正常运行于经脉之中的营血，驯服地川流不息，不滞不溢。一旦脾气虚衰，即失去了统摄之权，营血就不受约束而离经外溢了。

阴虚阳亢：阴虚是肺阴肾阴的不足，尤其是肾阴。阳亢则为肝火相火的有余。人身一水（肾）济五火（五脏之火），一旦阴水一亏，无法控制五火，尤其是肝肾两者的相火。于是虚火浮越上亢。同时相火越旺，阴水受烁而愈枯，而形成恶性循环，就是阴虚阳亢。

以上四者之间，也可相互转化。例如不论实火、虚火，都可以致燥。燥也可以化火生风。火更是可以暗耗阴津而使阴更虚，阳更亢。阴津一耗，不能制火而虚火更旺。虚火一旺，肝阳上亢横逆，风也伴之而生。在肝木横逆则脾土受侮而脾气更衰，脾衰则统摄更加无权。

总之，不论急性、慢性，绝大多数都可治疗告愈。愈后不留后遗症。急性的特大出血，同时处理又失时失当，那么可以导致死亡。即使免于一死，则因营血大耗，造成严重贫血。慢性的反复出血，常可引起贫血，甚至气血两亏。

【辨证论治】

燥证：鼻粘膜干枯，立特尔氏区粗糙甚至皲裂。《张氏医通·燥》认为：“燥在上，必乘肺经。”所以对燥气最为敏感。《素问玄机原病式》：“诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥。”虽然粘膜不同于皮肤，但理则一。严重的还可见鼻甲干瘪，鼻道空旷。全身症状，可有皮肤枯槁，心烦唇燥，善饮，便秘。舌少苔无液，质红。脉一般以细数为多见。

火证：这里指的为实火，即《医林绳墨·鼻》所谓“血从火起，故错经妄行，是从肺而出于鼻者”的火。这种火证的表现，出血量很多而急，大多由立特尔氏区涌出。稍稍受到外来一些刺激如头部震动、擤涕、喷嚏、咳嗽、咀嚼硬物、热水洗面、头位低下等，即刻引起活动性出血。局检可见鼻粘膜充血，立特尔氏区糜烂甚至溃疡。全身症状为烦热，口渴狂饮喜冷，大便秘结，小便黄赤。舌苔黄腻，脉弦数或洪数。

气虚脾不统血：鼻粘膜大多苍白，出血为渗出性，每次的出血量不多而频繁反复不休。在理论上多谓血的颜色为淡而不红，但临床上肉眼无法作出这样的鉴别。出血不一定在立特尔

氏区，有时甚至还找不到出血点。一般在疲劳、少寐的情况下，出血更加频繁。全身症状为病程漫长，神疲乏力，四肢惰重，头晕、食欲不振，大便偏稀，面色苍白不华。血液检验，或多或少有贫血现象，血小板也多数减少。舌苔有无不一定，舌质淡而胖嫩，有时有齿印，脉细、虚无力。

阴虚阳亢：出血量较多，不易找到出血点，粘膜干而充血。全身症状为头胀头昏，面红目赤，急躁善怒，口干唇燥，失眠心悸，耳鸣。舌苔薄白或少苔，质红，脉弦劲细数。

·内治·

燥证：当取养阴润肺生津法，常用代表方为养阴清肺汤、清燥救肺汤和沙参麦冬汤之类。常用药：沙参、麦冬、百合、天花粉、白芍、玉竹、知母、生地、茜草等。

火证：治法清营凉血，但更应区别肺火或胃火甚至肝火，如其出血量较少者，大多为肺火，当酌用清肺药，常用代表方有加减清衄汤。常用药：生地、丹皮、赤芍、黄芩、山栀、茅根、茜草等。如其出血量特多，难以遏止者，则系胃经实火 。因为手太阴经，为多气少血之经，没有大量的血来供应其喷射样的流出，只有多气多血的阳明经，才有如此大量的血。(费伯雄反对这种说法，他在《医醇剩义》一书中谓："谓之胃血，此说大谬。盖胃为外腑，职司出纳，为水谷蓄池之要区，其中并无一丝一点之血，不过胃火炽盛，肉不附骨，故血热而上涌。"所以属于胃火的，应用清胃泻热止血法，常用方有加味清胃汤，如其再不能止，则用犀角地黄汤。肝火的对象，大多是五十岁以上的老人，往往伴有高血压病者，除投以清肝泻火汤剂之外，急进羚羊角粉(不是羚羊角尖)，每天 1～2 次，每次 0.3 克，开水送服。

脾不统血：取补脾摄血。常用代表方有归脾汤或止血归脾汤。常用药：党参、黄芪、白术、白芍、当归、生地、蒲黄炒阿胶珠、丹皮、仙鹤草等。

阴虚阳亢：取滋阴潜阳，平肝摄血。常用代表方有加减羚角钩藤汤。关于本型，朱丹溪是主张滋养降火法。他在《局方发挥》中强调："夫口鼻出血，皆是阳盛阴虚，有升无降，血随气上，越出上窍，法当补阴抑阳，气降则血归。"但周慎斋反对，在《慎斋遗书》中谓："水中之火，乃先天真一之气，气不能安神，使相火妄动飞腾，而现有余之证，非真有余，是因下元不足之故也。火与元气，势不两立，若执丹溪法降火滋阴，恐其越投愈损。"我们现在无法断定孰是孰非，只能从临床上实践来证明了。

除此之外，临床上可以遇到一些顽症，这型鼻衄非常顽固。虽经上述各法治疗，都不能收效，可考虑取用"降气"与"峻补"两法。遇到实证，要首先想到《圣济总录 · 鼻门》观点，谓："今之治衄衊者，专于治衄，不知血之行留，气为之本，犹海水潮汐，阴阳之气使然也。明夫经络逆顺，则血与气俱流通而无妄行之患矣。"这个学说的精神，是以降气为治。所以丹波元简《杂病广要 · 诸血病 · 治分八法》解释说："治分八法，一曰降气。缘上盛下虚，气升不降，血随气上，越出上窍，法以苏子、沉香之类顺其气，气降则血自归经焉。"又谓："降气则血归经，故人所以血药中必加气药一两味，如上谓苏子降气汤是也。"《医林绳墨 · 血论》更把降气一法，捧得至高无上，认为："治血之法，全在兹乎。"因之，实证鼻衄在诸法罔效之际，可以试用加减苏子降气汤。同时还可酌加一些旋覆花、代赭石、沉香等降气之品。

对于久治不愈，反复出血的虚证鼻衄，更需好好重温一下《诸氏遗书》"诸服寒凉者，百无一生"的警句。唐容川在《血证论》解释为："衄血久而不止，去血太多，热随血减，气亦随血亡矣。"所以怀抱奇《医彻》的主张是："每见失血之人，非有大损于脏腑，则血不易以止。"因之治失血症"上必顾及其脾肺，下必滋其肾元"。再说得明白一点，就是顾松园《医镜》的"夫治之道，法当宽缓，宜温宜补"。因之，在这种场合，应该大补气血，常用方有八珍汤或十全大补汤。

煎煮用具：煎参用具应用薄的有盖瓷碗。参与水放在里面。再取锅子（钢、铁、铝都可），注水适量，将贮参的瓷碗置其中，用旺火煮，这俗称隔汤煮。参是气药，所以瓷碗盖子要盖密，禁忌泄气，泄则药力受损。

服法：先将贮参瓷碗由锅中取出，但盖子千万不能揭开。待温度冷却适合进口时，即揭去盖子，饮服。当然要求一口饮完。如不能口服者，鼻饲。

服药禁忌：进服人参之后，绝对禁食萝卜、茶叶、咖啡、可可。

如其进独参汤后而无甚变化者，甚至四肢冷凉，神志迷糊，脉伏而扪不到，汗出由冷而转如油者，这是虚脱。当急进参附汤，以回阳救脱。

参附汤，即独参汤再加熟附块 30 克，也浓煎至 20～30 毫升，然后与独参汤混合灌饲。

最后必须一提的是，以上不论哪一个证、哪一个方剂，除独参汤、参附汤外，处方之际，一定还要予以加减取舍，并非原方照录，而其中更主要的是应该加入一些止血专用药物如血余炭、丹皮炭、地榆炭、阿胶之类。

·外治·

鼻衄的外治法，不外于两种：一为药物，一为手术，但中医则还是以药物为多用。

凡两侧立特尔氏区粘膜粗糙、充血或皲裂者，涂以黄连膏，每天 2～3 次。凡有糜烂、溃疡者，用黄连膏纱布盖贴，每天更换 2～3 次。也可用止血膜（百草霜 80%、花芯石 10%、禹余粮 15%，用白及液，调匀，涂于玻璃片上，待干取下，贮以待用），此膜粘性很足，容易附着于出血面。吸收消失后，如仍在出血者，再贴，唯此膜易碎裂，贮藏较困难。

在活动性出血时，先用黄连膏纱布盖贴（用止血膜也可），再用纱布条折成楔状，对准黄连膏纱布上，直接加以压迫，12 小时内轻轻取出。

活动性出血严重，血出如涌者，取高压消毒过的马勃，压迫在出血处。然后和黄连膏纱布条，执其一端由前鼻孔填塞鼻孔，使其不致松脱，保持其一定压力。12～24 小时换一次。出血停止后，再过 6～8 小时撤去。

如其鼻腔前孔血止而合端仍在出血，则取西医的后鼻孔填塞法。

总之，处理严重鼻衄患者，首先注意四件大事，是：第一、镇静。愈慌、愈乱，愈有失误。因鼻衄患者，往往由于恐惧过度而精神紧张，而这种紧张会使出血更加厉害，因为“静能生水，动可致火”之故。所以医生在这个时候，必须遵照《外科精要》所指出的“临事不惑，处治有决”八字去做。第二、确定出血部位，以利外治止血，有的放矢。第三、估计出血总量，以决定止血手段，或内服药，或外治法，及时抢救。如其出血过多者，及时输血。第四、判断出血原因。因为仓猝之际，而且动用峻药，所以不允许有毫厘之差。例如邪毒盛者，取紫雪丹、至宝丹之类。血热者犀角地黄汤、犀黄之类。脾不统血者红参，阴虚火旺者西洋参或生脉散。肝阳上亢者，羚羊角粉。气随血脱者，参附汤等等。

【预防与护理】

（1）禁止挖鼻。

（2）少进或忌食烟、酒、辛辣刺激性食品。

（3）禀质体热者，少食辛热食品如芥、韭、雪里红、榨菜之类。

（4）患有高血压病者，时时注意血压的升降动态。

（5）接触有害气体时应取有效的卫生预防措施。

（6）有鼻衄史者，尤其为时令性发作的，要注意工作与生活环境，不能过于干燥、高温及有灰尘。

(7) 出血时，注意安静与休息，饮食方面要增加营养。出血多时，取半卧位。大出血时，用冷毛巾湿敷前额。亦可用热水泡洗双足。

(8) 出血时禁止用热水洗脸。头位不能低于腰部，睡眠时枕头宜高些。忌咀嚼硬物。

(9) 尽量控制喷嚏，尽量控制咳嗽，控制不住的，在咳嗽时捏紧鼻翼。

(10) 嘱病人将流入口腔内的血液块吐出，不要吞咽。

(11) 如系全身性出血，务须同时治疗其原发病。

(12) 在大出血期间，24 小时内，应每小时测量及记录一次脉象、血压。

(13) 各种止血手术后的护理，当参考各种手术后的专门护理常规。

第十八节 鼻 窦 炎

鼻窦炎传统名称为鼻渊、脑漏及历瑙、脑渗、脑泻、流涕、脑砂、控脑砂、鼻颓、脑崩等。

凡先天性筛板或蝶窦骨缺损，颅前窝及颅中窝底骨折或手术外伤等，都可以有脑脊液从鼻中流出，但这与中医所称“脑漏”有本质区别。

《素问·气厥论》的“胆移热于脑，则辛頞鼻渊”和《素问·至真要大论》的“少阳之变，甚则入肺，咳而鼻渊”，是祖国文献中鼻窦炎的最早记述。《外科正宗》的“脑漏”，决非陈氏所撰，当时《景岳全书》中也用此名。

清·王士贞《香祖笔记》：“王安石常患偏头痛，神宗赐以禁方，用新萝卜取自然汁，入生龙脑少许，调匀，昂头滴入鼻窍，左痛则灌右鼻，右则反之。”由此判断王安石可能曾患过鼻窦炎。

本病有急性鼻窦炎、慢性鼻窦炎及儿童鼻窦炎三种。

急性鼻窦炎

【临床表现】

疼痛与头痛：患者常感头部沉重、闷痛，在低头、用力、跳跃、擤涕及咳嗽时其痛倍增。同时尚有放射性疼痛，可使周围部位也产生疼痛，而且这种疼痛为持续性的。

涕量特多：鼻涕奇多是鼻窦炎的主要症状，所以鼻渊之名也因之而得。渊者，水多的意思，《庄子·天道》中“渊渊乎其不可测也”可证。有大量粘液性或脓液性鼻涕，一般以急性发作的高峰期为更多。且不易擤尽，或向后流灌于鼻咽腔而到咽部。所以病人常主诉为痰多。有时混有血迹或腥臭气味。

鼻阻塞：鼻腔阻塞，也为本病常见症状之一。因清阳不举，空窍难以空清之故。有时也以稠涕潴积而阻滞不通。前者即使排尽涕液，仍然不通。后者在排尽涕液之后，在一个短暂时期内，可以通畅一些，但不久又阻塞起来。阻塞常可呈交替性。

嗅觉障碍：本病患者可使嗅觉减退，或甚至消失。一般为暂时性，但少数亦可呈永久性。这是肺气不和之故，诚如《灵枢·脉度篇》：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭矣。”

其表现于全身性的：

发热：如继发于上感或急性鼻炎之后者，常使原发病的发热加重或延长。至于真正由于急性鼻窦炎而引起的发热，并不严重。

其他：食欲不振，周身不适，甚至烦躁。这种情况，以急性额窦炎及牙源性上颌窦炎，比较严重。

检查可见鼻腔粘膜充血水肿。鼻道有积潴性脓性分泌物。如其未见者，不妨再做一次垂位测验。

急性鼻窦炎时，邻近部位皮肤及软组织可能出现红肿，例如额窦炎者在额部及眼睑，上颌窦炎在颊部或下眼睑，筛窦炎在内眦的上内部分。

局部窦区的压痛，有时很明显，尤其是在急性期。

此外，还有透照观察，血象检查、穿刺及摄片检查等等，这都是在中医四诊之外的现代化检查，对辨证、辨病有很大的帮助。

舌诊、脉诊，完全符合急性炎症的一切表现。

【病因病机】

本病多继发于急性鼻炎或伤风感冒之后，也有由急性传染病并发者，此外还有其他许多原因所导致者。

风寒：《诸病源候论》："夫津液涕唾，得热即干燥，得冷则流溢，不能自收。肺气通于鼻，其脏有冷，冷随气入乘于鼻，故使津液不能自收。"《外科正宗·脑漏》："总因风寒凝入脑户，与太阳湿热交蒸，乃成其患。"

实热《素问·气厥论》："胆移热于脑。"《冯氏锦囊秘录》："若流黄臭水而痛者，为热久而不愈。"

外寒束内热：《医学准绳六要》："邪从面而来，则入阳明脉道，怫郁气不通畅，故清涕时出，久变为浊，所谓外寒束内热。"

风热在肺：《素问·至真要大论》："赤气后化，流水不冰，热气大行，……其则入肺，咳而鼻渊。"

太阳督脉之火：《景岳全书》："鼻渊证，总由太阳督脉之火甚者，上连于脑而津津不已，故又名为脑漏。"

清阳不升：《灵枢·忧恚无言篇》："人之鼻洞，涕出不能收者，颃颡不开，分气失也。"《医彻》更作如此解释，谓："鼻，上通脑户……脑为元神之府，而鼻为命门之窍。人之中气不足，清阳不升，则头为之倾，九窍为之不利。"

在临床实践中，经常遇到以下四者：

急性鼻窦炎
- 续发性——残邪袭肺
- 原发性
  - 风寒
  - 风热
- 清阳不升

只要治疗及时、得当，一般预后好。如果治疗失时、不当则可转为慢性。

【辨证论治】

残邪袭肺：任何一种疾病，都有它的病程经过的时日，如这个病应该恢复而没有恢复，甚至高峰再起，应考虑因此而起的继发性某病的来临。继发的急性鼻窦炎，当然是残邪未彻使然。但这种残邪仍然徘徊于风寒、风热和清阳不升三者的范畴内。

风寒：全身症状有凛寒感，少汗，头痛，喜饮热开水。局部则鼻塞严重，呈阻塞性鼻音。涕多清稀，滂沱难以控制，嗅觉暂时消失。检查，粘膜苍白水肿，鼻腔分泌增多，透照有阴影。脉浮紧为多见。舌薄白苔。

风热：也可作为实热，寒少热多，有汗头痛，口干喜求冷饮，大便干结。鼻塞不太严重，涕多较为稠厚而发黄。检查，粘膜充血或潮红。血象检查，白细胞总数可增高。舌苔薄微黄，舌

质可能有红意。脉浮数或大。

清阳不升：一般出现于起病 7～10 天之后，涕多不敛，鼻塞严重，头脑钝痛，同时或可伴以头脑昏沉，视物模糊，耳中憋气，口中粘腻等。局部检查，与风寒型无多大区别。舌苔薄腻，质可嫩、胖。脉濡或软。

·内治·

风寒：当从辛温解表入手，常用代表方有荆防败毒散与苍耳子散同用。常用药：荆芥、防风、柴胡、前胡、白芷、苍耳子、桔梗、辛夷等。

风(实)热：轻者取甘寒清热解毒法，常用方为银翘散与五味消毒饮。重者取苦寒泻火法，常用代表方有黄连解毒汤或龙胆泻肝汤。不过苍耳子散必须参酌在内。常用药：银花、连翘、薄荷、菊花、蒲公英、鱼腥草、黄芩、芦根、桔梗、苍耳子、白芷。

清阳不升：取升清化浊手法，常用方有藿香正气散与苍耳子散同用，再加升麻、柴胡、葛根、蔓荆子等升提药品。

残邪袭肺：根据其证而参酌以上三者。

其他：为了服药方便，干老曾拟订一种合剂，名"鼻渊合剂"，为一般急性鼻窦炎的通用方药。在江苏省中医院试用 20 余年，疗效尚为理想。

·外治·

常用朱氏天罗散嗃鼻。方法是把药粉用单层纱布包裹，如花生米大小，塞入鼻孔内。病在右塞右，在左塞左，左右俱病左右俱塞，约 20～30 分钟后取去，每天 2～3 次。

必要时做穿刺、冲洗，每周 2 次。

如为牙源性者，同时治疗牙病。

《先醒斋医学广笔记·杂证·脑漏·又方》有："用芝麻炒熟，舂散，乘热将好烧酒入瓷器中，重烫之，入芝麻，扎紧，只用一葱管(笔者注：现可用塑料管)插入瓷瓶口内，引鼻吸其气。左则薰左，右亦如之。虚寒用烧酒，虚热用米醋。"已有人试过，疗效虽不稳定，但也有有效者。

慢性鼻窦炎

慢性鼻窦炎较急性为多见，其中多窦炎和全窦炎又较单发于一个鼻窦者为多见。单鼻窦炎中，上颌窦炎最多见。

慢性鼻窦炎多因急性鼻窦炎不能及时治疗或治疗不当及反复发作而转化为慢性的。至于急性与慢性之间的分划界线，至今无明文规定。按临床上习惯，凡急性鼻窦炎超过 4～6 星期而不得告愈者，即成为慢性了。

【临床表现】

基本上类似于急性的所有一切症状，唯反复发作不休，缠绵难愈，但没有寒热等急性症状。急性发作时，其症状与急性鼻窦炎很相似，不过其程度较第一次急性发作时轻些，病程(指急性发作期)也较为短些。一般说来，大体上是：

分泌物特多：和急性的一样，也是主要症状之一。其质较急性的为稠厚，多呈黄绿色，粘液性或脓液性但以脓液性为主。但也有少数，质稀薄呈青白色。牙源性上颌窦炎，则常有粪样恶臭味。

鼻阻塞：并不比急性的缓解，由于鼻粘膜肿胀和分泌物增多之故。而且久病于肺经者，气必为之而虚，气以帅血，气虚则血滞而瘀，瘀留鼻甲则鼻甲肥大，瘀积不化则鼻甲之肿也无法收缩，所以长期呼吸不畅。

嗅觉减退或消失：因长期浊气蒸熏，清阳不升，致一片阴霾笼罩，空清之窍，早已不空不清。古训谓“虚以纳物”，故嗅觉出现不同程度的障碍。

头痛常有下列几个特点：① 常有时间性和定位特点，且多为一侧性。若为双侧，必有一侧为重点。② 疼痛不剧烈，属钝性疼痛。③ 疼痛在休息、安静、睡眠及滴过药、蒸汽吸入时鼻腔通气引流改善之后，即可缓解一些。在咳嗽、喷嚏、弯腰、低头、用力或突然转动头位时即加重。如吸烟、喝酒及情绪激动时，也可加重。

其他：由于脓涕流入咽部和长期以口呼吸，常产生慢性咽炎的并发症，以及由此而来的多痰、清嗓、异物感、干涩、疼痛、作痒等。甚至两耳憋气、耳鸣、耳聋。

至于全身症状，无急性的明显。舌诊、脉诊，也无多大参考价值。较常见记忆力明显衰退和思想不易集中等。《医学四要·健忘之病血衰忧郁而成》分析为三个原因：其一“心血衰少，神舍不清”，考长期大量流涕，津液的消耗也可知，津血同源，心血亦衰。其二“老人衰老”，病久必衰，毋问年龄大小，其衰则一。其三“有痰”，脾虚内湿自生，痰浊由湿而致。《济生方·健忘》则认为“夫健忘者，常常喜忘是也。盖脾主意与思，心亦主思，思虑过度，意舍不精，神宫不职！使人健忘”。这与李东垣的脾胃之气不充，乃九窍难以聪之论相符。因之可知，慢性鼻窦炎而导致的思想不集中与健忘，也是必然的后果。

检查所见，鼻腔粘膜肥厚充血（也有并不充血者），鼻道内脓性分泌物潴留，严重者，中甲肥大、息变或伴以息肉。如无脓可见，可做垂位的体位引流，帮助诊断。

其他可参阅上文急性鼻窦炎。

【病因病机】

慢性鼻窦炎除了急性鼻窦炎继续发展所致之外，也有为正气衰弱不能胜邪所致。上磨牙牙根与上颌窦窦底的慢性病灶存在，或鼻窦外伤后的继发感染，或变态反应性鼻窦炎亦可引起，也有与支气管扩张相伴出现。急性发作时，与急性鼻窦炎相同。但在平时，则又与急性有所不同。最有权威性的是《素问·气厥论》“胆移热于脑，则辛頞鼻渊”，但在慢性鼻窦炎来说，除了确有热象的能适用之外，其余的则不适合。

肺气寒：《医彻·鼻渊》：“形寒饮冷则伤肺……皆由渗开脑户。”又如《医醇剩义》：“感冒重伤，寒气侵脑，鼻窍不通，时流浊涕，此寒伤之脑漏也。”

脑热：《类证治裁·鼻口症·论治》：“风寒入脑，郁久化热。”《寿世保元·鼻病》则直接认为“风热在脑”。

胆热：《医林绳墨·鼻渊》：“胆热移于脑，则浊涕下流而成脑漏之症。”

津液化痰：《古今医统·鼻门》：“邪乘太阴，其气壅积于鼻者，则津液壅塞，鼻气不得宣调。”

清阳不升：《医林绳墨》：“鼻者肺之窍，喜清而恶浊也。盖浊气出于下，清气升于上，然而清浊之不分，则窍隙有闭塞者焉。”《慎斋遗书》也认为“其在人身，清阳之气，则流行于五脏六腑之空窍而无所滞凝……清气不行，则邪浊之气，得充塞于空窍之际而为害。”

肺气虚寒：《百病辨证录》：“人有鼻流清涕，经年不愈，是肺气虚寒。”

肾及髓海空虚不足：《类证治裁》：“精气不足，脑骨髓不固，天煖稍止，遇冷更甚者，宜温补之。”《冯氏锦囊秘录》：“若乎人而多涕，或黄或白或带血如脓者，皆肾虚所致，不可过用凉药。”《会约医镜》：“阴虚火炎。”《疡科心得传》说得更透彻，谓：“脑漏，乃风热烁脑而液下渗，此肾虚之证也……究其源，必肾虚而不能纳气归元，故火无所畏，上迫肺金，由是津液之气不得降下，并于空窍，转为浊涕津津，为之逆流矣。”

阳虚脑寒:《医方考》:“阳虚脑寒鼻渊者,人身之上,天之阳也,故六阳之气皆会于面。若阳气自虚,则阴气凑之,令人脑寒而流清涕。”

虫:《医学入门》:“有流臭黄水者,甚则脑亦作痛,俗名脑砂,有虫食脑。”

除了先哲所指出之外,其他还有不少病因,但总的归纳起来,在临床常见的不外有:肺气虚寒、肝胆郁热、脾虚内湿生痰、清阳不升、肾及髓海空虚五者,不过也不能机械地分割,例如肾及髓海空虚,可以转化为肺气虚寒。清阳不升,则可以使津液浊化成痰。脾虚内湿一生,也能阻遏清阳之气上升等等。所以临床施治,仍然需要随机应变,切勿刻舟求剑。

慢性鼻窦炎,病情顽固,治疗困难,但也不是不治之症。虽然无严重后果,但因病情缠绵,往往可以引起消化功能紊乱、胃痛等胃肠道疾病,以及心悸、失眠、多虑、易怒、幻觉、幻想等精神系统症状。

【辨证论治】

肺气虚寒:鼻阻塞持久不通,在温暖的环境里暂可缓解。证明温暖属阳属热,足以驱逐虚寒。涕量多而清稀不稠,更是虚寒证。一切症状,常在天气骤凉时加重。全身症状虽不明显,但常感疲乏,怕冷畏风。大便稀薄,小便清白而多。舌薄苔,脉细弱。也是标准虚证寒证的依据。

肝胆郁热:鼻阻塞并不严重,涕稠厚浑浊,色呈黄绿,有时可带有血丝。对寒冷并不敏感。检查,鼻粘膜正常,或充血潮红。全身症状,头痛较剧烈,已非一般性的钝痛之痛。大便秘结,神烦易怒,性情急躁,口渴多饮。脉弦,舌薄苔或薄黄,质可呈红色。

脾虚内湿生痰:鼻阻塞为持续性,涕量奇多,色则白多黄少,稠粘如糊。嗅觉迟钝。检查,鼻甲肥大,粘膜以淡白为多见,有时伴发息肉、息变。全身症状,四肢怠惰,乏力气短,消化不良,大便稀薄。畏冷,平时容易感冒,面色不华,严重者可以出现虚浮。脉濡,舌薄苔,质嫩、胖、淡,边有齿印。

清阳不升:涕多稀而粘,或黄或白,但不太黄稠。除鼻塞经常不通外,旁及耳目也有憋气及迷糊感。嗅觉严重障碍。检查所见,大体上与脾虚内湿者相仿。全身症状,神疲乏力,四肢无力,食欲不振,口中粘腻不清,头脑沉重而钝痛。舌苔薄白、质淡,脉软无力。

肾及髓海空虚:涕量不多,色则不一定,或稀或稠。鼻阻塞感较轻,嗅觉尚正常。检查,鼻甲、粘膜大多正常。全身症状,表现为头晕耳鸣、腰酸背痛,遗精多带,口干咽燥,潮热心烦,甚至掌心跖底灼热,大便偏干。舌红少苔,脉多细数。

·内治·

肺气虚寒者:当取温肺祛寒法。常用代表方有温肺止流丹、温卫汤之类。常用药:党参、桂枝、细辛、诃子肉、甘草、荆芥、防风、桔梗等。必要时参酌用荜茇、荜澄茄、甚至细辛之类。

肝胆郁热者:当从清肝清火入手,常用方有抑金汤、丹栀逍遥散之类。常用药:丹皮、山栀、当归、白芍、黄芩、柴胡、夏枯草、生地等。重者取用龙胆泻肝汤。唯前者平缓,后者苦峻,所以必须掌握其用量。

脾虚内湿生痰:取补脾制湿化痰法,常用方有六君子汤,也可用参苓白术散合二陈汤、三子汤之类。不过莱菔子力能克参,用时宜删去。常用药:党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、甘草、山药、桔梗等。

清阳不升:治法以补中益气升清着手。常用方有补中益气汤、益气聪明汤之类。但对患有高血压者要审慎。常用药:柴胡、升麻、菖蒲、葛根、党参、黄芪、白术、白芍、陈皮等。

肾与髓海空虚者：治法以补肾填髓主之。常用方六味地黄汤、左归饮之类或大补阴丸。常用药：熟地、山药、山萸肉、龟板、知母、枸杞子、杜仲、黄柏等。

其他，如藿胆丸(《医宗金鉴·外科心法》称奇授藿香丸)一药，一般对慢性鼻窦炎，不论何型何证，还是比较有效的。或单独取用，或配合以上各方同时共进。服法每服15克，每天两次，开水送服。

苍耳子散自《济生方》之后(《济生方》称苍耳散)，沿用了七百多年，还是为本病的主要方药。因之不论急性、慢性，仍然可以而且必须参酌在任何方剂中使用。

·外治·

一般仍然可用朱氏天罗散嗃鼻，但对虚寒证更为有效。此外还有茱萸散，用法：取少量药粉，约黄豆大，裹以单层纱布，塞纳鼻孔中，左病塞左，右病塞右，左右俱病两侧俱塞。每次塞20～30分钟后取出，每天2～3次。

用鱼腥草煎液，可作冲洗剂。必要时，可做手术。

儿童鼻窦炎

儿童鼻窦炎是儿童的一种多发病和常见病，近年来逐渐引起重视。儿童鼻窦炎有许多方面与成人不同：

体质方面较成人的发病率为高。因为儿童容易得急性传染病，而且患变态反应性疾病也较为成人多。诚如《保幼新编·序》所谓："夫小儿也，脏腑脆嫩，气血未充，经络脉息软弱如丝毫。易虚易实，乍冷乍热。"故《幼科金针·曹序》强调："治病难，治幼儿之病尤难。"

生理解剖方面的结构，有异于成人。如鼻窦天然开口较成人为大，常有腺样体炎症的存在等等，都可增加患鼻窦炎的机会。这种与成人的差异，《医宗金鉴·幼科心法要诀·四诊总括》谓之"气血未充难据脉"。

婴儿主诉不能，儿童主诉不清。检查困难。诚如《幼科发挥·小儿正诀指南赋》所谓"小儿方术，号曰哑科，口不能言，脉无所视"。

一般症状，都较成人为重。《幼科类萃·护养论》："筋骨缓弱，譬如阴地草木，不见风日，少有坚实者也。"

因上述原因，所以有人主张把儿童鼻窦炎作为一个特殊问题来讨论。祖国医学早在1 300多年前的《诸病源候论》的第29卷中已经详细讨论了成人的鼻窦炎，同时又在第48卷中另外专章去讨论小儿的鼻窦炎——"小儿杂病诸候"。宋《太平圣惠方》中也把儿童鼻窦炎单独作为一门专科疾病来论述，在"治小儿鼻多涕诸方"篇中的四例鼻病，都是典型的儿童鼻窦炎。

儿童易患鼻窦炎的年龄为5～8岁。筛窦发育最早，所以在2～3岁时即可发生炎症了。此后上颌窦及蝶窦也常被感染致病。额窦发育较晚，大多在7岁之后方才开始发生感染。

【临床表现】

儿童鼻窦炎的早期症状，与急性鼻炎或感冒相似，也是鼻塞涕多。这种清涕，一般约3～4天后转变为粘稠的脓性。然后逐渐减少，约1周左右恢复。如其未见好转，甚至反而加重，黄涕增多，表示已成鼻窦炎。其症状，一如成人，不过局部与全身症状，俱较成人严重。可以出现明显不适、烦躁、不安静与哭闹不休。

儿童慢性鼻窦炎，常见症状是鼻塞，多粘性、脓性鼻涕。常易感冒。每当感冒一次，症状又来一个高潮。迁延日久，发育及营养状态即出现不良。食欲欠佳，大便秘结(或稀溏)。注

意力不集中，记忆力明显减退，学习成绩下降等。

局部检查，鼻腔内常蓄积很多粘稠的脓性分泌物，粘膜持久性充血及肥厚，甚至变质。

在5岁以上的儿童，头痛常为一个极有诊断价值的症状。可以揭示其鼻窦有炎症存在。

【病因病机】

儿童体质柔嫩娇弱，易受外感。一旦感受六淫时邪，即凝久难解，化脓而成。

至后期，则虚羸伴随而来，也有禀质素虚而致急性病无力速愈，转成慢性者，因此病情缠绵，难以告愈。诚如《医宗金鉴・外科心法》所谓："外因风寒，凝郁火邪而成。但此证，久则必虚。"

本病预后与成人相同，但在体力及智力上的损害，更为严重。

【辨证论治】

・内治・

急性期间，参阅成人急性鼻窦炎的处理。但小儿服药困难，干老对此症此时的处方，力求精简，仅用：辛夷 6 克　白芷 6 克　苍耳子 10 克　芦根 30 克。

慢性者，也可参阅成人慢性鼻窦炎的处理。干老处方为：辛夷 6 克　白芷 6 克　鱼腥草 10 克　黄芪 10 克。

及迁延日久者，干老处方是：黄芪 10 克　党参 10 克　辛夷 6 克　鱼腥草 10 克。

・外治・

参阅成人鼻窦炎的有关内容。

【预防与护理】

（1）平时注意鼻腔卫生。

（2）注意擤涕方法。鼻塞多涕者，宜按塞一侧鼻孔，稍稍用力外擤。之后交替而擤。

（3）游泳时姿势要正确，尽量做到头部露出水面。

（4）有牙病者，要彻底治疗。

（5）急性发作时，多加休息。卧室应温暖明亮，保持室内空气流通。但要避免直接吹风及阳光直射。

（6）遵医嘱及时进药与外用滴鼻。滴药时，头宜昂起。

（7）慢性鼻窦炎者，治疗要有信心与恒心，注意加强锻炼以增强体质。

（8）严禁烟、酒、辛辣食品。

（9）保持性情开朗，精神上避免刺激，同时注意不要过劳。

（10）平时可常做鼻部按摩。

第十九节　多　涕　症

本病传统名称为鼻流清涕。《素问・宣明五气论》："五腑化液，心为汗，肺为涕。"张志聪在《素问集注》里解释为"五脏受水谷之津，淖注于外窍而化为五液。"所以号称"肺液"的鼻涕，是用以滋润呼吸道的粘膜。每 24 小时可以渗出 500 毫升左右，这么多的分泌物为什么正常人毫无感觉呢？因为这种水分一渗出粘膜，即刻化为蒸汽，混在空气里，一部分向外排出，一部分利用吸气的"回收"而再为机体所利用。在转化成气体时，还有一小部分，因来不及转化而成为看得见的鼻涕。因之，正常的鼻涕，对人身是有益的。

多涕一症，最早见于梁代的《玉篇》，称为"鼻�"。隋《广韵》注鯗字谓："多涕鼻疾。"同一

时代的《诸病源候论》称为"鼻涕候"。宋《太平圣惠方》称为"鼻流清涕"。但后来没有成为一个专用病名，可能是混在鼻窦炎一症之中。至于《灵枢·忧恚无言论》的"涕出不收"，也颇似此症。

本病与鼻炎、鼻窦炎的多涕，在性质上绝对不是一回事。但到现在还是有人把它混在鼻炎、鼻窦炎中作为这两病症候群的一个组成部分。

本病好发于儿童及老人，身体虚弱的中年人偶或也能得此，为一种缓慢发展而不受人注意的慢性病，有时也能因正气充沛而自愈。除了清涕（注意，没有稠涕的）奇多而淋漓自下，无法控制之外，并无其他症状，但本病一般不影响健康，虽不加治疗，也无多大问题。

【临床表现】

一贯涕量极多，冬天更甚，病程较长，无全身症状。

如在儿童，往往在鼻唇沟两侧，两鼻孔下方常有红色皮损痕迹。老人则清涕频频滴下，无法控制，尤其是在进餐之际更多。

淋下鼻涕，清白而稀，形同冷水。但沾在手帕上干后，仍有粘连感，要比过敏性鼻炎的清涕有粘感。

局部检查：鼻腔干净，因为随渗随滴，鼻道内无法逗留之故。分泌物不论涂片或培养，都正常。鼻粘膜大多为苍白，但无水肿等变化。

【病因病机】

寒气：《诸病源候论·鼻涕候》："夫津液涕唾，得热即干燥，得冷则流溢不能自收。"

肺经虚寒：《太平圣惠方》："鼻流清涕，日久不止，皆因肺脏虚寒。"

虫：《世医得效方·大方脉杂医科》："上三虫在人身中，……鼻多清涕。"有人以为这是与螨类学说相吻合。干老认为早在元代，哪里有高倍显微镜来观察到螨，不过古人的想象而已。

现代临床主要为肾阳不足、纳气失权所致。

上面说过，当水分从粘膜渗出以后，即化为蒸汽，还有少数未化者，即涕。这种涕液，还是在不断蒸发中，蒸发的时间越长，涕中水分越少，所以也越稠厚。现在阳气一衰，就无法把它转化为蒸汽，故而涕液即多。正以阳气之弱，也无法促使涕液再度蒸发其水分，涕液饱含水分，则涕质清稀。

肾气有摄纳之权，肾阳一衰，肾气无充裕的摄纳能力，一不摄纳，当然无法控制而任其滴滴下淋了。

所以本病无急症，都是病程漫长。

【辨证论治】

《脾胃论·胃虚脏腑经络皆无所受气而俱病论》明确地指出"肾主五液"，认为"上至头，出于空窍"的泪、涕、汗、涎、唾都可属肾。李氏更谓："肾水反来侮土，所胜者，妄行也。作涎及清涕、唾多、溺多而恶寒者是也。"所以纵然涕属肺液，但总结起来，还是属肾。

《类证治裁》："若夫肾阳衰，火不制水，水泛为痰为饮，逆上攻，故清而澈。"因为中医传统理论，凡不正常的败津腐液，俱视之为痰，清涕奇多当然也是寒痰上泛为灾。

·内治·

本病既然是肾阳衰竭，丧失了纳气之权而致，所以最有效的对策，只有温肾固涩一法。最适合的方剂，首推缩泉丸。

尽管缩泉为专治脬气不足，小便频数，昼甚于夜的下元虚冷方药，但在"上病下取"思想指导下，更有其深远意义。

为了加速疗效起见，可以加些温阳及收敛药物。如诃子肉、石榴皮之类。

【预防与护理】

（1）注意保暖，尤其是在冬季。

（2）加强锻炼，增强身体素质。

第二十节　嗅觉障碍

嗅觉障碍，为一种症状。传统名称为鼻聋，它可以单独发生，也可以随着各种鼻病而出现。这里讨论的是单独发生者。

在嗅觉障碍中，还可分为嗅觉缺失、嗅觉过敏、幻嗅症和恶嗅症四者，并分述于后。

嗅觉缺失

本病又称失嗅症，中医的所谓鼻聋就是针对此病而命名的。《诸病源候论》："肺气不宣调，故不知嗅而为齆也。"《外科大成》："鼻聋者，为不闻香臭也。"《论衡·别通篇》："鼻不知香臭曰痈。"因之可知齆、鼻聋与痈，都是古代嗅觉缺失的病名。

此病以缺失程度而论，可分部分丧失或完全丧失。以时间而论，多为暂时性，亦可为永久性。凡鼻腔单侧发病不致引起注意，除非两侧同病时，才能发现嗅觉的缺失。

【临床表现】

除由鼻腔病如息肉、息变、肿瘤及分泌物阻塞的失嗅在检查时可看到病变之外，其他的俱无任何病变可见。

至于《孔子家语》："如入鲍鱼之肆，久而不闻其臭"的闻不到香臭，那是鼻子对某一种气味，闻得时间过长而造成暂时性的嗅觉麻痹，不能视为失嗅。

对嗅觉的检查，一般门诊或大批体检多用小瓶，分装各种有气味的物品，以日常习用者为适宜，如醋、麻油、酒、大蒜、香水等等。如用药物则以冰片、山柰、茴香、阿魏、乌梅、肉桂、佛手之类。病人用手指压闭其一个鼻孔，向各瓶内嗅味分辨。一侧试后，再换另一侧，如在其中再添入无味者如白开水、滑石粉之类来迷惑受检者，则更有意义。

【病因病机】

每个人对气味的敏感程度各不相同。大多数人至少可以辨别 4 000 余种不同的气味，甚至还可更多些。《清异录·果》载有："瓜最盛者，无逾齐赵，车担列市，道路浓香。故彼人云，未至舌交，先以鼻选。"鼻子能选择水果，当然是嗅觉正常。缺失的原因有二：其一，由鼻息肉、中甲息肉样病变、肥厚性鼻炎、异物、肿瘤或分泌物堵塞等所造成，近人称为"呼吸性失嗅症"。即《医方考》："鼻生息肉，气息不通，香臭莫辨。"其二，是"真性失嗅症"。《诸病源候论》："肺主气，其经手太阴之脉也，其气通鼻。夫肺脏调和，则鼻气通利而知香臭。"但肺脏之失于调和，更有许多因素。本文讨论的就是"真性失嗅症。"

风冷：《诸病源候 论》："若风冷伤于脏腑而邪气乘于太阴之经，其气蕴积于鼻者。"

风寒入脑：《张氏医通》："若风寒客于脑，则气不通，久而郁热，搏于津液，浓涕结聚，则鼻不闻香臭。"

心肺积热：《圣济总录》："若心经移热 于肺，致肺脏不和，则其窍无以宣达，故为齆鼻。"

心肾不交：《赤水玄珠》："使心肺之气，得以交通，则鼻利而闻香臭。"

大肠气不上行：《医述》："人有鼻病，不闻香臭者，病在大肠气不上行。徒责之肺，无

益也。”

卫气失守：《冯氏锦囊秘录》：“若因卫气失守，寒邪客于头面，鼻亦受之，不能为用，是以不闻香臭矣。”

七情、六淫：《济生方》：“若七情内郁，六淫外伤，饮食劳役，致鼻气不得宣调，清道壅塞。”

现代临床常见以下几种情况：

心火偏旺，肺阴暗耗：心者，君主之官，神明出焉。一切精神、意识、思维，以及六根（借用释家语）感受，都属于心。所以《难经·四十难》认为“心主臭，故令鼻知香臭。”一旦心火偏旺，即可烤烁五液。而且肺金正是心火克伐的对象（火克金），故而肺阴必然先遭其殃。肺阴一耗。鼻无濡养灌溉之源，则失其司闻之职。

清阳不升，浊阴蒙窍：清阳又作清扬，例如《文选·曹植·洛神赋》：“纡素领，迴清扬。”《无量寿经》也认为清阳之气，是“清凉哀亮，微妙和雅”。因为头面诸窍，目能视、耳能听、舌能辨味、喉能发音，当然还有鼻能闻香臭，都是依赖清阳之气来清空诸窍。《荀子·法行》：“扣之，其声清扬而远闻。”可以证实这个论点。《淮南子·天文》更说得透彻，谓：“清阳者薄靡而为天，重浊者凝滞而为地也。”所以薄靡之气主宰诸窍，才能正常无事而各司其职。一旦浊阴上蒙，诸窍失清失空，则鼻不能闻香臭。但这清阳不升，浊阴蒙窍之中，又有虚实之分。

实证：乃湿浊蒸郁于下，浊气氤氲上腾。虚证：主为脾气衰微，无力鼓舞其清阳之气上升。清阳不升，浊阴势必上潜。

【辨证论治】

呼吸性失嗅和真性失嗅两者之区别，主要依靠局部检查。

如经局部检查而排除呼吸性失嗅，则主要依靠脉舌与全身症状来辨证。

此外，属于脾气衰弱所致的清阳不升者，鼻粘膜可能呈苍白。

·内治·

心火偏旺，肺阴暗耗：当用清心补肺法，常用方可取导赤散与百合固金汤综合裁方，常用药：生地、竹叶、丝通、百合、熟地、麦冬、沙参等。后期，出现虚证者，则心肺双补，常用方有天王补心丹合大补阴丸。常用药：党参、茯苓、白术、远志、酸枣仁、五味子、川柏、知母、龟板等。

湿浊内蒸而致清阳不升：用实脾饮除干姜、附子，加菖蒲、路路通、防己、荷茎、葱茎之类，用以开窍通窍。

气虚而致清阳不升：用益气升清方法，常用代表方有补中益气汤、益气聪明汤之类。常用药：升麻、柴胡、党参、黄芪、白术、白芍、葛根、甘草等。

·外治·

可取用通关散嗃鼻，取嚏。针刺取穴：迎香、上星、合谷。

嗅觉过敏

凡闻到常人所未闻到的气味，而且这种气味是微乎其微的或在距离极远的地方，这就是嗅觉过敏。

【临床表现】

局部或全身无器质性病变。嗅觉比正常人灵敏，但确有气味源客观存在。

【病因病机】

这种疾病，在祖国医学中属于“离魂症”的一个类型。但也有些不同，离魂症病者的精神凝注于人或事而出现神不守舍状态，而本病则不一定有此现象。

嗅觉过敏，病在心虚。《素问·灵兰秘典论》："心者，君主之官也，神明出焉。"《素问·调神论》认为"心藏神"。所谓"神"，是指精神、意识、思维以及各种感觉活动。这种活动，是客观事物反映于心而产生的。《难经·四十四难》的"心主嗅"，正说明这个道理。

中医的所谓有心，相当于脑的功能。《医学原始》曾作过大胆的解释，谓："耳目口鼻聚于首，最显最高，便于接物。耳目口鼻之所导入，最近于脑，必以脑先受其象而觉之、而寄之、而存之也。"所以心主味、心主嗅、言为心声等五官功能活动都主宰于心。

本病的患者，大多为久病元虚或肝急脏躁或平时疑心较重以及正气甚衰者。

【辨证论治】

本病辨证，主要根据全身症状及脉诊。

气属阳，血属阴。心阳虚者必兼心气不足，心阴虚者必然心血暗亏。心阳、心阴俱虚，必然表现为面色苍白、心悸而烦、怵惕不安，严重的甚至有惶惶不可终日之感。同时必然猜疑寡断，幻想翩翩伴以失眠多梦，健忘善汗等，脉来无神，苔无质淡而干。

任何极微的气味或极远之处的气味，均可闻到且辨别无讹。

·内治·

本症唯有内服药可治疗。治法当从宁心安神，益气补血着手。常用代表方有天王补心丹（丸）最为理想。必要时大剂独参汤。

嗅觉异常

嗅觉异常，又称幻嗅症。他所闻到的气味，都是虚幻的，事实上这种气味并不存在。而且没有病例是闻到香的，绝大多数闻到的都是难闻的臭气味，如尸臭、粪臭、火焦臭之类。这种恶臭味，一直像幽灵一样的徘徊在其身边，所以病者在精神上十分痛苦。

【临床表现】

除一直闻到恶臭之外，一无病态可见。检查也找不到某一处有阳性体征者。

【病因病机】

《杂病广要》中"心火独盛，阳气有余，以致神不守舍，痰火壅盛而然……变易常情"的描写，正是指此而言。所以这种幻觉的产生，是属痰火。《医述》认为痰是"来去无端，聚散靡空。火动则生，气滞则甚，风鼓则涌，变怪百端"。因之张氏总结了一句话"怪病皆由痰而成也"。

《高注金匮要略》："藏真之气，当不能自立，而有躁急之义，故其心神肺魄，如失援失依。……如有凭藉之象，气失所依。"虽然高氏在这里指的是脏躁症，但本症也是脏躁症中的某一个类型。

总之，本症的病因有二：一为痰火，一为脏躁。

【辨证论治】

本症没有局部症状与全身症状，所以求索根源，只能在舌诊与脉诊方面。当然主诉病史也是重要的一环。

痰火者：实证，当以镇心清火涤痰为法，常用代表方有加减生铁落饮。

脏躁者：有虚有实，治当缓肝润燥法，代表方有甘麦大枣汤。实者与导赤散同进，虚证与天王补心丹同进。常用药：党参、麦冬、五味子、当归、柏子仁、生地、竹叶、甘草、小麦、大枣等。

恶 嗅 症

恶嗅症，又称鼻臭，即嗅到臭味或不快气味者，其中可分两型：一为仅仅病人自己嗅到而旁人嗅不到者的主观性鼻臭。事实上即幻嗅症。一为旁人也可嗅到与病人相同臭味的客观性鼻臭。

本节讨论的，为第二型的客观性鼻臭。不过严格地说起来，本病的嗅觉完全存在，不应该作为嗅觉障碍论治。

【临床表现】

主观性者，同上文“嗅觉异常”。

客观性者，可以找到原发病病变。它对这种恶臭的程度，既不缩小，也不扩大，都是真实的。

《万病回春》中“一口鼻中腥臭水流”一例，就是本病。《吴越春秋》：“越王勾践，尝吴王溲恶，后遂口臭。范蠡令左右食芩草，以乱其气。”《唐书》：“则天谓崔融曰，非不知宋之问有奇才，但恨有口过耳。”考“口过”一词，《格致镜原》注谓：“口过，谓口臭也。”那么越王勾践和唐代诗人宋之问两人，都有恶臭症。

自诉闻到恶臭气味而事实上没有嗅源真正存在者，为幻嗅症。有客观的恶臭之源而闻到恶臭者，为恶臭症。

【病因病机】

大多为鼻咽部病变、扁桃体小窝内腐败物质的储存、鼻窦炎特别是牙源性上颌窦炎、干酪性鼻炎、鼻腔异物、额骨或上颌骨骨髓炎、鼻梅毒以及邻近的恶性肿瘤等所引起，上述疾病都为本病的主要原发病。

【辨证论治】

·内治·

主观性者，见前文“嗅觉异常”。

客观性者，先治疗其原发病，但内服药中可适当加入菖蒲、藿香、佩兰、白芷等芳香化浊药品。

·外治·

可用食用红砂糖，冲开水或甜水，冷却漱口，每2～3小时一次。

用大茴香，经常含漱于口中。

用仁丹，经常含于口中。

用口香锭，经常含漱。口香锭处方及制法：孩儿茶40克　桂花干50克　硼砂50克　薄荷50克，共研极细粉末，用甘草熬成浓液，再作赋形，将上药粉糊成膏状，待半干，制成黄豆大丸子，烘燥，贮藏待用。

【预防护理】

(1) 生活、工作环境，宜保持空气新鲜流通。

(2) 远离有刺激性的化学气体。

(3) 保持口腔清洁，食后刷牙。

(4) 禁烟酒及一切辛辣、辛热食物。

(5) 保持情绪稳定，尤其是更年期的女性。

(6) 常做鼻部按摩。

第三章 咽 喉 部

第一节 急性单纯性咽炎

急性单纯性咽炎，传统名称为风热喉痹。中医对咽喉，名虽分而实难分，故常统统称之为喉。所以许多咽病，其名称都称喉。

最早的咽炎，在《内经》中就已出现，之后又有不少名称如嗌痛、喉痹、喉痹嗌肿、嗌肿喉痹、嗌肿、咽喉不利、咽喉肿痛、咽痛、喉风、喉闭等。

明代以《窦氏疮疡经验全书》(注：世人一直把此书作为宋代作品，经过有力考证，是明代著作。详见1955年《新中医药杂志》6月号干祖望"窦汉卿考"及同年《中华医史杂志》第3号干祖望"窦汉卿文摘")谈咽喉病最为详细，并添增了许多名称如风热喉症、酒毒喉痹、风毒喉痹、风热喉痹、阴毒喉痹、哑瘴喉风、弄舌喉风、喉肿、缠喉风、脚跟喉风、伤寒喉闭，从此以后喉科名称演变开始混乱，可说是始作俑者。

清初，因喉科专业书的大量刊行，所以光怪陆离的名称也相应而来，如紧喉、锁喉风、淡红喉风、单喉风、塞喉风、欠舌风、叉喉风、咽疮风、鱼口风、搭颊风、下喉风、阳症喉痹、喉痹热风、喉丹、伤寒喉闭、风热喉丹、表里喉痛。此外，还有烂喉痹、烂喉风、帘珠喉等，更为临床上所常用者。

1975年版《中医学院试用教材·五官科学》的"咽痹"，虽然在当时也被少数人指责为"不伦不类"，但是相当科学的。但是1980年版的《全国高等医药院校试用教材·中医耳鼻喉科学》又改用了"喉痹"。

中医对咽炎(包括慢性的)的命名，诚如1960年第一版《中医喉科学讲义》所谓"喉痹这一名称，首见于内经，是指咽喉肿痛。后世引申为多种疾病的总名"。又谓"喉风这一名称，在文献里有不同含义"。的确，在喉痹或喉风病种里也包括着咽、喉甚至气管的疾病。

本病为咽部粘膜的急性炎症，但有时淋巴组织也常被侵及，常为急性上呼吸道感染的一部分。它可以原发，也可继发于急性鼻炎或急性扁桃体炎之后。

一般多发于冬、春两季，男性发病率较多于女性。发生于儿童者，较成人严重。

【临床表现】

起病较急，如风雷火电，故曰喉风。一般成人以局部症状为突出，小儿则以全身症状为显著。

初起全身不适，凛寒，头痛，口渴，食欲锐减，甚至恶心呕吐，便闭，溺赤，体温可升至38℃左右，甚至高达40℃。小儿则可以出现抽搐。如无并发症，一般3～4天即可衰退，6～7天恢复正常。

局部感觉，干燥毛涩或有胀感及烧灼感，也有痒感而因痒致咳。之后，以疼痛为主，在空咽时更明显，甚至其痛可以沁及两耳深处，有时更可放射到颈部，转旋为之不利。所以就有"锁喉"、"叉喉"等名称。如粘液潴积于喉咽部，则更加重阻塞感及咳嗽。

如其波及喉部，则声音嘶哑。喉部也有干燥、毛涩、灼热等种种不适感。或有咳嗽，咳时

常常感到喉下的气管也有刮痛。始为干咳，呈痉挛性，常在夜间加剧。随着分泌物的增多而可以咯出，咯出后片刻之间稍感舒服。

局部检查，咽部充血水肿，其色艳红。因外侧壁咽腭弓的粘膜肿胀充血而突出如皱襞。软腭及扁桃体也红肿。有时悬雍垂水肿下垂，软腭松弛无力。严重者可于咽后壁及扁桃体的表面发现黄白色点状渗出物。此外，鼻腔、鼻咽部及喉部也可出现炎性病变。检查颈部，可发现肿大的淋巴结，且有压痛。

应详细查验白细胞，以免把粒细胞缺乏性咽峡炎放过。在儿童，更当注意可能为麻疹、百日咳、流行性感冒等急性传染病的前驱期。

【病因病机】

风寒：《喉科家训》："客寒挟风，传袭（手）太阴。"

风热毒：《诸病源候论》："喉痛者，风热毒，客于其间故也。……热乘其肺而搏咽喉，故令喉痛也。"

风燥：《三因方》："诸脏热则肿，寒则缩，皆使喉闭，风燥亦然。"

脾胃热：《太平圣惠方》："脾胃有热，则热气上冲，致咽喉肿痛。"

痰与火：《喉科紫珍集》："风热感于膈间，或过食炙煿厚味，以致火动痰生。"

风痰：《咽喉经验秘传》："因君相二火上攻，致风痰壅塞于咽喉。"

风热痰：《包氏喉科家宝》："喉痹，属热、属痰、属风。"

阴阳失调：《素问・阴阳别论》："一阴一阳结，谓之喉痹。"这"一阴一阳"，自王冰第一个人解释为"一阴者为心主之脉，一阳者谓三焦之脉也"。马莳认为"一阴者手厥阴心包络之脉也，一阳者手少阳三焦之脉也"。张志聪又疏注谓"一阴一阳者，厥阴少阳也"。三大家就已见解分歧，直到后来各家更是众说纷纭，争鸣而成悬案。其实十分易解，《汉书・息夫躬传》的"心结愲兮伤肝"，结者乱也。阴阳一乱，当然百病丛生，喉痹仅仅是百病中的一病而已。这"一阴一阳"的"阴阳"与《素问・生气通天论》的"阴平阳秘"的"阴阳"完全相同。

一般常见的规律，初期大多以风寒为多。若平时肺经积热或寒化为热之后，即属于风热。都是邪在肺卫。

若邪盛壅结传里或胃经向有郁热，证即以实热为主。平时湿重或嗜好膏粱肥腻酒类者，则痰因火煽而易生易涌。素体肥胖者，痰证更为多见。

更有风、热、痰三者相互鼓煽，风煽热炽，热助风威，火为生痰之本，痰亦因热盛而更多。痰火相搏，更促使风势旋沸者，那是最为严重的了。

【辨证论治】

风寒与风热：初起浮邪在表，除咽喉疼痛外，都有寒热、头痛，肢体倦怠，咳嗽等等。

凡风寒见证，凛寒严重，发热一般，头痛在额部，鼻塞，咳嗽，声浊，无汗或少汗，口干喜温饮。局检，粘膜呈弥漫性充血，但不太红艳。舌薄白苔，脉浮紧。

凡风热见证，发热重而寒轻，甚至没有寒感，咳呛痰黄而稠，口干多饮，饮料求凉拒热，大便干结，小溲黄赤。局检，粘膜充血严重，也可能出现黄白色丘状渗出物，有时口中发出臭气。脉数、大、有力，舌薄黄苔，质红。

肺胃实热：咽喉疼痛剧烈，吞咽不利，比风热型的严重。高热头痛，口干狂饮求凉水，大便秘结，小便量少色赤。局部检查，咽峡粘膜充血严重，甚至出现义膜，口臭。脉实有力，舌苔黄腻糙，甚至干而灰黑。

风热夹痰：主症大多如上，但痰涎特多，喉头漉漉有声不绝，且有严重堵塞感。局检，咽粘

膜充血，也有伴以轻度水肿。脉多滑数，舌苔润滑白腻。

·内治·

风寒：治以疏风散邪，解表利咽，常用代表方轻型的有六味汤之类，严重的有荆防败毒散之类，去人参。常用药：荆芥、薄荷、蝉衣、羌活、前胡、柴胡、桔梗、甘草。

风热：法取疏风清热，消炎利咽法，常用代表方有桑菊饮、银翘散之类。常用药：桑叶、菊花、桔梗、银花、连翘、芦根、荆芥、薄荷、竹叶。

实热：当清热利咽，常用代表方有清咽利膈汤之类。常用药：黄芩、山栀、连翘、薄荷、银花、玄参、大黄、蚤休、桔梗、甘草。

风热夹痰：当取疏风清热，化痰利咽法，常用代表方可取麻杏石甘汤合六味汤，并应加重化痰药。如在小儿，加服鲜竹沥及天竺黄。成人则加天竺黄、胆星、白芥子、莱菔子之类。

此外，六神丸也可取用。服法10岁以上，每次10粒，每天2～3次。10岁以下，每岁1粒，依年龄追增，但对体弱儿童，不宜足量。孕妇忌服。

·外治·

喉科的外用喷药，在某一学派里，是占有主要位置，内服药反而作为辅助治法，甚至可有可无。这一学派的创业者，为江苏省无锡市尤氏。

一般在普通的情况下，常用“卯字号”吹药。水肿严重者用“通用消肿散”。痰涎过多者，用“申字号”吹药。

吹法用喷粉器，每天3～4次。喷吹之后，在咽部应保留数分钟，当然保留时间愈长愈好。口水涎液，应外吐而不能吞咽下去。

妊娠者，禁用含有冰片的各种喷药。因冰片有香窜作用，可导致流产。

针刺两手的少商、商阳穴，刺后宜出血，故而取用三棱针为合适。每天1次。刺后两手在1小时内不宜下水。

【预防及护理】

(1) 一般预后良好，但婴幼儿较差，所以对婴幼儿患者，要加倍注意。

(2) 要求卧床休息，避风。

(3) 忌进一切辛辣、海鲜、发物及高脂食品、甜食。

(4) 多饮开水及流质饮料。

(5) 认真进行咽部喷药和及时服药。

切忌进服甜味药物，尤其是在初期，否则后患无穷。最常见的后遗症为喉源性咳嗽或发音嘶哑。因为，滋补药多甜味，本症系表邪为患，力求宣泄，现在取用甜味药，必然遏邪难泄，终致浮邪愈遏而愈深，于是邪伏肺经而困兽于中。

第二节　溃疡膜性咽峡炎

溃疡膜性咽峡炎，传统名称为烂喉风。中医习惯上把所有的咽病、喉病统统称为喉痹或喉风。至于专指本病的名称，同样难以考查得到，因此只能在过去许多名称中选择近似于本病者，以供参考。如：咽喉痛生疮、咽喉内生疮、咽疮、廉珠喉、烂喉痹、咽风疮、烂沙喉、喉疮，烂喉风、喉疳、连珠喉。

《诸病源候论·时气喉咽痛候》谓：“毒气上熏，攻于咽喉，故痛，或生疮也。”古人所谓的疮，是化脓性感染、溃疡、某一型皮肤病等的统称，粘膜溃疡当然在内。所以本病最早的记述，

当在7世纪之初。

本病也称奋森氏咽峡炎，是一种溃疡粘膜炎症，往往限于一侧扁桃体或齿龈，但也可能蔓延感染很广。

本病特征，为局部组织坏死，形成溃疡。中医历来是根据症状表现来定其名称的，所以称此症为烂喉风或烂喉痹。一如《喉科指杓》烂喉痹的描写"外感时邪而发，形如花瓣肿烂，白斑，痛叫不食"。不过同时还要指出，中医的烂喉风或烂喉痹，有时也并不专此本病。

本病常见于儿童及青年。此病可以终年流行，但常多见于春末夏初时节。

【临床表现】

临床上可分急性、亚急性与慢性三种：

急性者：开始畏寒不适，体温上升可达38～39℃，在吞咽时咽中有不同程度的疼痛，伴以头痛，头晕，失眠，全身乏力，食欲减退，在小儿则更为明显。但比急性扁桃体炎则较为轻些。咽部疼痛，常以一侧为重点。疼痛程度则以病变轻重而定。口涎特多，有时伴以血水，口臭。脉多数、大，舌苔薄黄或黄腻。

检查所见，典型的表现，在一侧扁桃体上或软腭上被有灰黄色坏死物所覆盖的溃疡。溃疡大小不一，一般多在扁桃体的上极，可仅限于粘膜层也可以深入扁桃体内，周围红肿有时在齿龈上也有许多同样的溃疡。颈部淋巴结肿大。如治疗得法，1～2周左右可愈。涂片检查，常有奋森氏螺旋体及梭状杆菌。

亚急性者：在急性期没有适当的治疗，即可迁延至亚急性者。此外也正因为感染较轻，所以不若急性的暴发与急促而在短时期中急作处理之故。所有一切症状，与急性相同而较轻。

慢性者：很少见，全身症状不明显。唯在扁桃体小窝或牙龈缘乳头处有溃疡，感染较轻。不过症状虽轻，但可时日持久。长期有口臭，带血的口水也渗出不止。

局部所见与急性相同。这种黄白色污秽的假膜，较容易剥离，剥去之后，有小的出血点。这种损害处，痊愈后可有浅层疤痕形成，个别的呈表面缺损。最严重的悬雍垂及腭弓可被破坏。

临床诊断溃疡膜性咽峡炎并无多大困难。只要具备口臭，在一侧扁桃体或齿龈上有被假膜所遮盖的不规则、流行性浅在溃疡，即可诊断为本病。如其在涂片上找到梭形杆菌和奋森氏螺旋体，那更准确了。

【病因病机】

风邪：《重楼玉钥》："平昔过食煎炙，积于胸膈，今又新受风邪，感触而发。"

肝胃热毒加时邪：《喉科杓指》："因肝胃热毒，外感时邪而发。"

热毒：《喉科秘旨》："因郁积热毒而发。"

心火：《喉科紫珍集》："乃心经火毒上冲。"

心火与小肠火：《焦氏喉科枕秘》："心与小肠热毒。"

肾虚相旺：《喉科明辨》："肾液久亏，相火上炎。"

临床上急性者常以风热上扰、肺胃积热、脾经湿浊为多；慢性者多属少阴不足、阳明有余。

一般预后良好，1～2周内可以痊愈。唯急性者迁延失治，势必转化为慢性。

在理论上也有毒邪内陷心包，酿成死亡者，但在临床上很少见。

【辨证论治】

风热上扰：大多出现在发病之初。局部有烧灼感，疼痛不重，有血水渗出，臭气也不浓郁，

假膜不厚。全身症状有发烧，头痛，全身不适。脉浮数或浮紧者多，舌苔薄黄。

肺胃积热：局部有烧灼感及疼痛，都很严重，血水浓而鲜红，有强烈的臭气，假膜黄色而厚。全身症状明显，大便秘结，小溲红赤，口干多饮，饮水喜冷。脉数、大、实，舌苔黄腻。

脾经湿浊：多数见于久病者。局部无烧灼感，疼痛轻微，有抹布样的酸霉臭气，血水不多，有也很清淡，但口中经常有粘糊样感觉，甚至有甜味。无全身症状，偶或兼有大便稀薄，食欲不振，消化不良等。脉濡，舌苔白腻，严重的腻如粉。

少阴不足、阳明有余：都见之于慢性。在局部方面的表现，一如肺胃积热。全身症状，常呈虚弱，下午潮热，大便干结，心烦善怒，失眠多梦。脉细，舌少苔，质红。

·内治·

风热上扰：当疏风散热法，常用代表方有牛蒡解肌汤之类。常用药：牛蒡子、玄参、升麻、桔梗、黄芩、木通、竹叶、甘草。

肺胃积热：当清泄肺胃法，常用代表方有凉膈散之类。常用药：大黄、山栀、黄芩、连翘、生石膏、桑白皮、桔梗、甘草。

脾经湿浊：当燥湿化浊法，一般实证的常用方有加味平胃散之类。常用药：苍术、川朴、陈皮、砂仁、黄芩、升麻、藿香、佩兰、薄荷。虚证的常用方有参苓白术散之类。常用药：太子参、茯苓、白术、陈皮、薏苡仁、藿香、六曲、桔梗、甘草。

少阴不足、阳明有余：当益肾清胃法，常用代表方有玉女煎之类。常用药：生石膏、知母、麦冬、生地、土牛膝、白芷、甘草。

以上四者的处方中，芳香化浊药如白芷、藿香、佩兰、蔻仁等，是必不可少的。

·外治·

初期、中期，轻者用冰硼散，重者用锡类散。

后期，可用绿袍散、养阴生肌散之类。当然珠黄散也是最佳的选择，只是价格太贵。

经常用3%硼砂溶液来漱口，漱后再上药更好。

【预防与护理】

(1) 注意适当隔离，餐具要消毒。

(2) 注意口腔卫生。

(3) 上药之后，口水必须外吐。

(4) 少进甜食、脂肪以及辛辣、腥物。

(5) 保持大便通畅。

第三节　粒细胞缺乏性咽峡炎

粒细胞缺乏性咽峡炎，传统名称为急喉风。《喉科指掌》有“烂喉痹，……无血者死”、“走马喉痹，……沉细者死”、“内肿锁喉风，……无血则死”、“缠喉风，……六脉沉细者不治”。《重楼玉钥》有“斗底风，……百无一生”、“叉喉风，……不治”。在清代许多喉科专业书中，喉风的死亡率也是惊人，因之我们认为这种喉风可能是粒细胞缺乏性咽峡炎。这是一个严重而危险的病种，但临床上并不多见。急性病程中，有发热、身体衰竭、咽喉部溃疡性病变，甚至坏死，是死亡率极高的一种恶性白细胞减少症。周围血白细胞计数低于$4\times10^9/L$，甚至低到$1\times10^9/L\sim0.5\times10^9/L$，则已到了最危险的境界线，其预后不佳。虽然可以采取输血等抢救手段，有些得以挽救，但绝大多数还是死亡。

此病好发于女性，一般男女之比为1∶3，尤以年龄在40～60岁者发病较多，儿童很少发病。一般在25岁以后，即逐渐增多。

古代中医，根本没有分析研究血液病的血液病学说，当然不可能有这样一个病名，但疾病是客观存在的，那么中医的病名是什么？在急喉风、急喉痹、烂喉风、烂喉痹、走喉风、走马喉痹……中有许多的描写是符合于本病的。例如《喉科指掌·虚闷喉风》的描写是："生于喉之关内上下，红色白斑，痛烂不肿，六脉细数者是也。"又如《喉科家训·虚烂喉风》的"喉间白斑痛烂，视之不肿，六脉细数"等亦与本病颇相吻合。许多喉科专著中的"十六绝症"里第十三绝症"天柱倒折"，就是本病极度衰弱时的反映。

《喉科心法》中"有朝发夕死者，不可不知也"的"瘟疫喉痹"更迹近于本病的急发者。《咽喉论》的"有暴发暴死者，名曰走马喉痹"，也肯定是此病。至于《咽喉脉证通论》的"弱证喉癣"，是本病的慢性者。

【临床表现】

发病有急有缓。急者，病发仓猝。初起时即有明显的全身不适，体温很快上升，常达39～40℃，呈不规则稽留型或弛张型，很快即进入衰竭阶段。面貌呈严重病容，精神极度不振，终至"阴阳离决，精神乃绝"而死亡。

局部表现为咽喉疼痛，扁桃体肿大。腭弓、咽后壁、软腭及悬雍垂等处粘膜，产生溃烂，很快由浅层侵入深层，并可扩展到颊粘膜、舌边和咽部粘膜，出现坏死性溃疡，故《喉科心法》描写为"渐渐腐烂成孔，大小不一，愈久愈烂"。溃疡面上覆盖一层污黄物，灰色或墨绿色的苔膜。《喉科指掌》中"红色白斑"，"或红或紫"，与《喉科秘旨》中"形如花瓣，烂肿白斑"等描写，与本病颇吻合。最后，溃疡愈烂愈深，因坏死组织的增加增深而臭气更浓郁。故《喉科指掌》谓之"血腥满口，味难言数"。

发病缓者，症状较轻。可有间歇性发热，衰竭。脾脏肿大，或轻或重。

血液检查，红细胞与血小板均正常。典型的改变为白细胞总数和粒细胞的明显减少，甚至不到$1\times10^9/L$，但在慢性病例中白细胞总数稍高些。

骨髓检查：其特点为缺乏粒细胞。

本病主要为白细胞尤其是粒细胞明显缺乏。咽部有溃疡，发出臭气。全身症状严重，主要表现在迅速而明显的全身性衰竭。

【病因病机】

热毒：《喉科指掌》："郁积热毒而发。"

胃热：《喉科心法》："五辛热物，热积于胃。"

寒包火：《喉科指掌》："因寒包火，伏于肺经。"

暑与火：《咽喉经验秘传》："酷热、暑火、炉火之毒。"

肝肾阴虚：《重楼玉钥》："此肝肾阴虚，不能蓄养龙雷真火。盖阴虚火旺，火旺则水竭，水竭则肾气枯涸，肾元枯竭则相火奔腾而浮上，斯喉痹喉疮。"

君火与相火：《咽喉经验秘传》："因君相二火上攻。"

【辨证论治】

未病或将病前，正气早已极度衰弱，一旦外邪一袭，无丝毫力量来抵御，终至内陷而毒侵心包。

本症为严重咽喉病之一。因正气荡然无存，毒邪只能内陷而无法外泄，所以死亡率可高达75%～85%，除咽部病变之外，也能在阴道、直肠等处发现溃疡。

本病是最典型的真虚假实证，但以正气衰弱为关键性问题。

阴虚型：寒少热多，无汗，便秘。咽部溃疡周围有充血的红晕，疼痛较剧，臭气呈尸臭味，血水多于口水，喜冷饮。脉数而细，舌质红。

阳虚型：热度不高，有汗，大便偏稀。咽部溃疡无炎性症状，疼痛较缓，臭气发出呈抹布味，口水多于血水，喜热饮。脉数而芤，舌质淡白而胖嫩。

阴阳两虚型：全身症状及局部症状，两者兼而有之。

至于所谓“实证”，如糜烂、溃疡、坏死、恶臭等貌似实证，其实都是由虚而致。

·内治·

本病以扶正为第一要务，而且还是大力扶正。清热解毒仅仅是次要的、辅助的，切忌采用苦寒药。以扶正为主，解毒为辅方法的常用代表方，有加减救逆解毒汤。常用药：人参、五味子、麦冬、阿胶、银花、丹皮、赤芍、天竺黄、甘草。

如其偏于阴虚者，加西洋参（另煎，冲兑）、阿胶。偏于阳虚的，加红参（另煎、冲兑）、黄芪、除知母。唯不论西洋参或红参，取用大量，一般可在15～30克。可参阅“鼻科·鼻衄”的抢救。

慢性的，重用四妙汤，用量宜大不宜小。常用药：黄芪、当归、银花、桔梗、甘草。还有如归脾汤、十全大补汤等，以及单味药如紫河车、阿胶之类，也是最好的在扶正时可以考虑的方药。

同时为了化浊除臭，取用佩兰、藿香、白芷、蔻仁等芳香之品。

上面早就说过，解毒药切忌苦寒，否则正气已经衰竭，气血的运行已感困难，施以寒凉直折，可谓雪上加霜。

·外治·

为了保持口腔、口咽的清洁，所以漱口剂是十分需要的。常用方有：

（1）月石汤：月石30%　蚕砂30%　佩兰20%　藿香20%　煎汤，待冷，漱口。每天多次，不限次数。适用于口臭严重，腐烂方酣之际。

（2）银花汤：银花80%　甘草20%　煎汤，待冷，漱口。适用于后期。

吹药：一般用冰硼散；严重的或在高峰时，用锡类散；后期用养阴生肌散、珠黄散。

【预防与护理】

（1）加强营养，但忌鸡、鸭、鹅、狗、羊、海鲜及各辛辣、热性食物。

（2）注意休息，保持情绪稳定。

（3）保持口腔清洁，经常漱口。

（4）勤于检查血象，以便时刻掌握。

（5）注意将吐出物及时烧毁。

第四节　传染性单核细胞增多性咽峡炎

传染性单核细胞增多性咽峡炎，传统名称为缠喉风。自《丹溪心法》称之为缠喉风后，从此受人注意。《中国医学大辞典》有“此证喉肿而大，连项肿痛”的记载。历来有许多名称如咽喉颈外肿痛、缠喉风、缠喉、温毒咽痛喉肿、双缠风、单缠风、掩颈风、锁喉风等。本病是一种急性或亚急性传染病，最典型的表现是颈部淋巴结肿大和咽峡炎同时出现。故《焦氏喉科枕秘》用诗一首以总括它，诗云：“缠喉风肿噤难言，左右腮边肿赤兼，手足登开面朝地，吁嗟立刻丧黄泉。”

本病常呈散发性或流行性出现。多见于儿童或青年，尤以2～35岁之间的更多。在2岁以前及45岁以后则很少见，但也曾有过发生于新生儿的报道。男性多于女性。发病季节，以春秋雨季较多。

本病的主要致病程式，类似温病，先从肺经侵犯，所以《温病条辨》、《时病论》等温病学专业书，也将其作为重点病而搜集在内。

中医最早提到本病的，有人认为是《灵枢·经脉篇》的"是动，则病嗌痛颔肿"。但也有人否认，《灵枢》仅言"颔肿"而未及"颈肿"。之后《千金要方》也有"治风毒咽，水不下，及瘰疬肿方"，孙氏明确的是《丹溪心法》的缠喉风，谓"咽喉里外，皆肿者，是也"。再后《世医得效方》、《医方论》等相继讨论，至明代《窦氏疮疡经验全书》此方面的内容从此丰富起来。

《时病论》的"喉痹急症"，基本也是此病，而《丹台玉案》的"缠喉风"，则不是本病而是双侧扁桃体炎。《万密斋外科心法》把"卢特维氏颈炎"也称为缠喉风。可见古人对病名的采用是十分马虎的。这是因为中医是治"证"而不治"病"的。

【临床表现】

温病型：患者大多为青年。发病时感有畏寒，甚至伴以寒颤，继而头痛高烧，热度在38～40℃之间，也有超过40℃者。热型不一，可能是弛张型也可能为稽留型。经常持续4～5天左右。当第一次发热下降到正常后，第二次高烧又接踵而至。数天后，也有胸背部可出现斑状丘疹，并伴有咽痛与全身淋巴结肿大，但以颈部为重点。恢复期，热度逐渐减退或直线下降。在发热时尽管体温高至40℃左右，但脉搏少有数脉出现。

瘰疬型：青年为多，以淋巴结肿大为主要症状，常伴体温上升而出现。肿物多见于颈后三角区，其次为耳后、腋下、腹股沟等处。有时纵隔淋巴结也肿大，则可发生呼吸困难，吞咽不便和咳嗽。

淋巴结肿大，虽多为两侧性，但不对称。大小不一致，从黄豆至蚕豆大，经常成堆成串，甚至融合成大如鸡蛋者。中等硬度，无粘连。局部皮肤正常，无压痛，不化脓。

喉风型：有较长时间的咽痛，扁桃体肿大，悬雍垂水肿充血，粘膜弥漫性充血。有些病例，扁桃体特别肿大，表面出现大而深的溃疡，底部有肉芽增生，上面附着灰绿色坏死组织，触痛，容易出血，发出恶臭。

三者局部表现，基本相同。检查可见，咽峡粘膜、软腭充血，扁桃体肿大。有时舌扁桃体和咽扁桃体同时肿胀。有时可见白膜，悬雍垂水肿，咽壁及两侧索也增大。腭部可出现多发性针头大瘀血点，境界清楚。以上症状，大多在烧退之后，也逐渐消失。

除病史、观察及检查之外，以血象检查，最为可靠。血片中异常淋巴细胞占总数的10%，或绝对值在1×10^9/L以上，且血清嗜异性凝集试验效价达1∶200以上者，即可诊断。

【病因病机】

热毒之气：《窦氏疮疡经验全书》："乃热毒之气，极也。"

风痰：《喉科泄秘》："风痰大壅。"

痰热：《丹溪心法》："缠喉风，属痰热。"

风热痰：《喉科心法》："脏腑积热，热甚生风，风火迅速，鼓动痰浊，堵塞咽喉隘地。"

风痰湿热：《咽喉脉证通论》："风痰湿热，久积于内。"

杀厉之气：《咽喉经验秘传》："此症乃受天地杀厉之气，中人脏腑。"

药误：《时病论》："温毒之证，过服寒凉，则温毒被压，益不能化。"

总之，本病实际情况是：不正之气，直犯肺胃，化为温热，上凌清窍而致。同时温热之邪，

可以炼液成痰，流窜经络而痰块形成。

此症预后甚佳。大多可在 3～6 星期恢复健康。但已经肿大的淋巴结，在数周或数个月内不易吸收。

【辨证论治】

风温型：咽炎与淋巴结肿大，两者同时存在而都比较轻。它是风热邪毒外袭，伤及肺胃经的咽喉和少阳经的颈侧，邪留较浅，所以病情也轻。故出现咽喉疼痛、充血、烧灼感，颈部包块也稍感疼痛、胀感，无粘连、充血等情况。脉多浮数，舌苔薄腻。

但热邪壅结传里或治疗失时、失误，其咽炎和淋巴结肿大，都有不同程度的加重。全身性的发热热度升高，头痛加剧，大便秘结，小便黄赤。舌苔黄腻，质红，脉也洪数。

瘰疬型：主要症状表现于淋巴结肿大。乃风邪热毒煎煮津液，致津败液腐而化为痰浊，流窜少阳经络而成为有形之块，所以来势较猛，红肿绕颈。它与内在的咽炎并作，所以《喉科秘旨》描写为："阴阳闭结，内外不通，如蛇缠紧关下。"

喉风型：与瘰疬型相反，是以咽炎为主症。它也是热邪壅盛，内灼咽喉，同时痰邪阻络，外结颈块。所以有人认为淋巴结的肿大，是由于风邪热毒挟痰而引起的继发性并发症。咽部病变较风温型严重，可以腐烂破碎，其气浓郁。

·内治·

虽然分为三型，但中医以辨证为主，加之型与型之间可以转化，即使不转化而固定未变，但机体有虚者实者，邪毒有轻感重感，病程有前期后期的不同，所以还是强调"固定安排，灵活应用"。

初起，风邪尚在浅表，发热不甚，淋巴结不肿大，咽部仅仅有疼痛、充血而无溃疡。脉浮，舌薄苔者。当疏风清热，消肿利咽法，常用代表方有银翘散或疏风清热汤。常用药：荆芥、牛蒡子、银花、连翘、桑白皮、黄芩、芦根、大贝母、桔梗。

继之，倾向于喉风型者，可用紫珍清咽利膈汤。常用药：连翘、栀子、黄芩、薄荷、银花、大黄、玄参、甘草。

倾向于瘰疬型者，可用加减牛蒡解肌汤。重症用防风羌活汤。常用药：牛蒡子、昆布、海藻、僵蚕、夏枯草、薄荷、连翘、玄参。

·外治·

咽部用药，按一般急性咽炎处理。

颈部外用药，在传统习惯上多用硇砂膏外贴，但现在基本上已无人采用。一般用冲和膏。忌用金黄散、青敷药等寒凉性敷药。除非皮肤上红赤严重者，否则不可用金黄散。金黄散或冲和膏，都用饴糖作赋形剂，调成糊状，涂敷肿处，24 小时换 1 次。玉枢丹亦能取用。

【预防与护理】

参阅"粒细胞缺乏性咽峡炎"的有关内容。

第五节　脓菌性咽喉炎

脓菌性咽喉炎，传统名称为烂喉风。亦有伤寒咽喉痛、时气咽喉痛、热病咽喉痛、温病咽喉痛、烂喉风、风热喉、瘟毒喉痹等。

本病是咽炎、喉炎的严重者，多发生于成人，具有传染性、季节性，多见于冬春季节。它不仅局部有急性炎症症状，而且对整个机体和其他器官也有不同程度的影响。

本病在50年前，死亡率极高，现在则因医学的进步，死亡率已显著降低。《喉科心法》："此阳症之中，最急最恶者也。突然而起，暴发暴肿，转肿转大，满喉红丝缠绕，疼痛异常，声音不能出，汤水不能入，痰涎壅塞闭胀，势如绳索绞喉。不急治，即能杀人。治之者必飞骑去救，不可稍缓。"

在隋唐以前，没有记载。《诸病源候论》中伤寒、时气、热病、温病四种咽喉痛，已比较忠实地反映出来。《外台秘要》的"咽喉生疮"一症，窥察处理和用药，也很符合于本病。

清代因喉科医家和书籍的大量涌现，对本病的认识和处理，也相应提高深入。

【临床表现】

起病迅速，潜伏期2～4天。开始身感畏寒、发热，体温可升至39～40℃之间，小儿可出现惊厥。咽喉部干涩不适、疼痛，在言语及吞咽时更加厉害。全身不适，关节酸痛，头痛头昏，恶心欲呕，泛泛作吐。大便秘结难圊。咽部肿胀严重，有阻塞性鼻音，舌根麻木而发音不清，甚至发音嘶哑，或伴有耳痛，颈淋巴结肿大触痛。

局部检查：咽喉粘膜充血，伴以肿胀，咽侧壁、咽腭弓的粘膜肿胀更甚。悬雍垂下坠，扁桃体红肿，隐窝处有黄白色点状渗出物，可融合成片。如其重点在喉者，则见声带一片充血水肿，杓状会厌襞增厚、水肿，甚至阻碍呼吸。血液检查，白细胞总数增多，更以中性为显著。

起病迅速，有全身症状。咽、喉粘膜充血水肿，间有脓性分泌物，更重要的为白细胞总数与淋巴细胞增多。预后良好，在理论上也有导致毒邪内陷的可能，但在临床上只要治疗及时，措施得法，很少导致这样的不良后果。

【病因病机】

风热：《喉科指掌》："风热而起。"

风火相煽：《喉科金钥》："风火相煽。"

郁火热毒：《喉科秘本》："因郁火而兼热毒。"

风痰：《杂病源流犀烛》："风痰壅盛。"

风痰湿热：《喉科紫珍集》："久积风痰湿热。"

毒气：《诸病源候论》："毒气上熏，故咽喉不利。"

上实下虚：《诸病源候论》："上实下虚，热气内盛，熏于咽喉。"

醇酒厚味：《喉科明辨》："醇酒厚味太过，致肺胃积热。"

肝(肺)胃热毒：《喉科杓指》："肝(肺)胃热毒，外感时邪而发。"

心脾热毒：《焦氏喉科枕秘》："热毒伤心脾二经之气。"

疫疠之气：《喉科泄秘》："天行疫厉之气。"

病后：《喉科秘旨》："此症发于伤寒之后，表邪未尽。"

临床实况是：肺胃积热，外接风邪，感触疠气，以致火动痰生，痰助火势而致。此外，平时过食煎焯厚味或辛辣热物、动火、生痰之品，或五志之火，由内燔灼，也是常见的诱因。

【辨证论治】

初期：咽喉疼痛，吞吐不利，畏寒(也有不畏寒者)发热，头痛，口渴善饮。局检红赤充血，痰涎较多。舌苔薄白或薄黄，脉浮大。风邪尚在浅表，大多为风热所致。

中期：发热，头痛加剧，口渴狂饮，大便闭结。局部检查则口发臭气，粘膜充血加重，出现成片的脓点或由脓点融合成片的假膜。舌黄苔或黄腻，脉来实、数、洪。乃风邪化热，热毒壅盛的表现。

后期：寒热消失，食欲渐增，甚至饥饿求食。局部充血逐渐减轻，黄点或假膜消失，臭气减

退。脉舌也日趋正常。

这初、中、后三期，大多为循序而进，但也有仅仅进入初期而为医药所控制。也有由初期而直接进入后期者。不过一进后期，即诸邪宣泄，除极为少数的正气一向亏弱者之外，大多即转康复而无后遗症。

·内治·

属于风热者，宜疏风清热法，常用代表方有桑菊饮或银翘散。风甚于热者，六味汤。热甚于风者，清咽凉膈散。常用药：荆芥、薄荷、黄芩、芦根、银花、桑叶、玄参、桔梗、甘草。

属于热毒壅盛者，常用代表方为紫珍清咽凉膈散或黄连解毒汤之类。常用药：黄连、黄芩、大黄、芦根、银花、蚤休、桔梗、甘中黄。

后期恢复中，只须清肃残邪，常用方有甘桔汤、五味消毒饮之类，都可取用。少数实在虚弱者，加些太子参。

·外治·

初期轻症，用冰硼散。中期高潮或重症，宜锡类散、尤氏卯字号吹药。如其痰涎壅盛者，参用午字号吹药。后期恢复阶段，中白散或珠黄散。

必要时刺少商、商阳，砭出血。

【预防与护理】

(1) 对患者采取隔离。

(2) 嘱患者及时服药，认真外用吹药，高峰时每天8～10次，甚至1小时1次。轻症每天3～5次。口水外吐，不能吞咽。

(3) 注意休息。

(4) 注意保持大便通畅。

(5) 忌一切腥发海鲜食物，进入后期要增加营养。

第六节　慢性咽炎

慢性咽炎传统名称为虚火喉痹、慢喉风。《内经》里有五处谈到“喉干”，《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治·小建中汤》的“咽干口燥”，都与慢性咽炎无关。

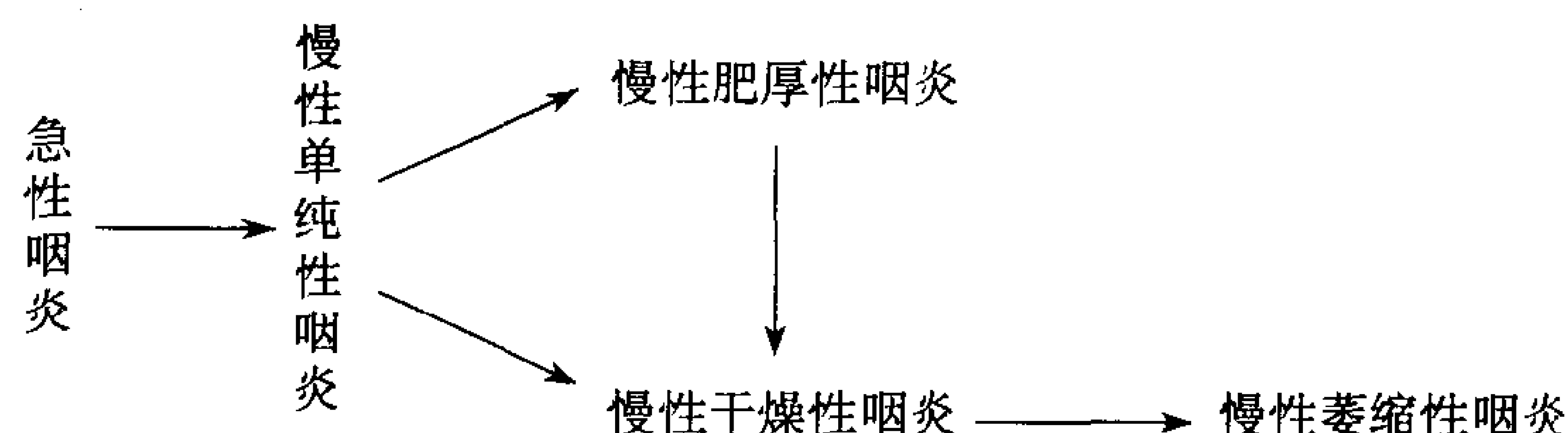
《诸病源候论》中十三种咽喉病，只有“状或痒或痛，如甘(疳)䘌之候”的尸喉，殊符于慢性咽炎。但不知何故，后人把尸喉，都作为咽喉结核的同义词了。《千金要方·胃腑·喉咙论》的“喉则耿耿如物，常欲窒、痒、痹、涎、唾”、《太平圣惠方》的“尸咽喉痒痛”、《圣济总录》的“尸咽喉”等，都是慢性咽炎。可知唐宋以后，慢性咽炎逐渐受重视。直到《普济方》的“咽干”及论“虚热”证，则对慢性咽炎的认识又提高了一步。再后《医方类聚》中的“咽喉痛，含化糖霜即愈”，“咽干，涕唾如胶，或肾气不足，心中悒悒，目视𥉂𥉂，少气，……甘草汤方”等，则在15世纪时对慢性咽炎的认识与处理又达到了一个新的境界。

至清代，因学术的进步，对慢性咽炎的名称也逐渐趋向时代化。如：尸咽、格阳喉痹、慢喉风、喉疳、劳碌喉风、辛苦喉风、鱼鳞癣、阴毒喉痹、喉节、气子、阴毒喉风、阴症喉痹、气虚喉痹、血虚喉痹、阴虚喉痛、弱证喉癣等。如此庞杂的名称，实在使人眼花缭乱而无法整理，所以1960年版《中医学院试用教材·中医喉科学讲义》大刀阔斧地砍掉一切杂名而全部归纳为“虚火喉痹”。但也有其不足之处，把“咽”还是作为“喉”。

慢性咽炎为旷日持久的慢性咽部病变，其正确的名称应该为慢性单纯性咽炎。如其进一

步发展，咽部淋巴组织及粘膜下结缔组织增生，甚至侵入咽肌。咽部粘膜上皮增厚，上皮下层水肿，淋巴组织围绕粘液分泌腺增生，所以这个阶段的称为慢性肥厚性咽炎，也称慢性增生性咽炎。

慢性单纯性咽炎向另一面发展，则咽部特别干燥，或为干燥综合征的一个组成部分，即称慢性干燥性咽炎。再进一步发展，粘膜萎缩枯瘪，干燥感也进一步加重，那是慢性萎缩性咽炎。



本病为咽喉病中最常见的多发病，也是最难治疗的疾病，诚如潘氏《喉科心法》所谓“即老医难以下手”，而且还有不少人患病在身而自己还不知道。根据国内统计，在城镇居民中，其发病率占咽喉科病的 10%～15%，现在还在不断上升中。

除幼小儿童外，任何年龄的男女都可发生，其中尤以青壮年为多。如果嗜烟、恣酒、茹辣者则更多。还有空气、水源的污染，也是一个重要原因。

尽管中医在明清时的发展与进步，所有疾病的治愈率普遍提高，但十分可惜，对慢性咽炎的处理，直到现在还是不如人意。那么如何来提高疗效？事实上很简单，只有准确地辨证论治和耐心接受长期服药的病人。

可能是在清初到建国前的这一段时间，有一件鲜为人知的事情，当时所有的喉科专业医生除了百不得一的高明者外，所有的喉科专家是不会治疗慢性咽炎的。这种情况，也真实地反映在清代大批的喉科专业书上。所以患有慢性咽炎者，不能不叩扉于内科医生。且看晚清各家内科《医案》，都有慢性咽炎的一门。

【临床表现】

除了长期的病程及时重时轻，在受凉、疲劳、欠睡、多言以及烟酒后特别加重作为主要症状之外，还有以下几个必然具备的特征：

干燥：基本上任何一个慢性咽炎患者，都有咽部干燥感觉，尤以干燥性咽炎和萎缩性咽炎两者更严重。从一般性干燥思饮到最严重的饮水也难以求润。在薄暮、子夜或言语过多时更为严重。甚至可波及鼻咽、喉咽到喉部。

疼痛：一般都很轻微，也有少数无疼痛者。主要的是由干燥导致的燥裂痛。重症当然也可以出现撕裂样痛及烧灼感。疲劳和多言，也可加重或引起作痛。

痒感：也是一个常见的症候群之一，所以常可引起咳。事实上这种痒感也是由于干燥所导致。在狂咳时，只有饮水，可以抑制，所以称之为喉源性咳嗽。

烧灼：这种烧灼感，经常伴随干燥而出现，正因干燥而后才产生烧灼感。

清嗓运动：清嗓，不是症状，不过是反映出咽喉部潴留或附丽着量少而十分稠粘的厚痰。因为稠厚而粘性如胶的分泌物停留在喉部，而且牢牢附着粘膜，使人十分不舒服，所以病人时时刻刻想用“咯”和“喀”的办法来除之而出现清嗓动作。

异物感：由于咽部缺乏津液的滋养湿润，食物不能顺利通过，就有异物感。即使不在饮食

时，也因没有津液而产生鲠介感。这种异物感可因饮水而暂时舒服一些。与癔性咽喉异感症有所不同。

除此以外，还有三个次要的症状：① 胸闷：病人可以清楚地主诉在胸前及两膺，有闷塞感觉。叹息后可宽畅片刻。② 两颈侧有牵制感：严重的常常误以为落枕。③ 咽部反射敏感：晨起漱口刷牙，即引起恶心欲吐。检查时压舌板尚未触及舌体，即可泛恶吐逆。偶有耳中憋气或耳鸣，听力障碍。

一般慢性咽炎患者，都不耐多言，言语一多，喉头即感不适。平时容易感冒。更有少数患者，伴有消化不良，肠功能紊乱等等。脾虚者，冬天畏寒。

局部所见，咽壁粘膜呈淡红色充血，且不像急性咽炎呈弥漫性。干燥少液，严重的可使咽后壁粘膜菲薄如包在糖果上的受潮玻璃纸。小血管暴露、扩张、网布，古人称之为“如海棠叶背”或“如哥窑纹”。两侧索经常肥大。

如为肥厚性咽炎，则后壁淋巴滤泡增生，严重的散在性者，一如蟾蜍皮肤。至于团块性的可以一大块隆起。伴以周围间隙间粘膜的萎缩，致红白相映，十分粗糙。

如为萎缩性咽炎，则咽后壁粘膜萎缩，萎缩的粘膜，已不能透映出里面的红色而成一片白色，干枯无津，古人称为“如网油状”。

长期时轻时重的咽部不舒服，咽部干燥、微痛或微痒，伴以异物感，在疲劳、多言之后加重，咽部慢性充血，咽后壁淋巴滤泡增生或粘膜萎缩而干者，基本上可以诊断为此病。

【病因病机】

气分有热：《医学见解·喉证》：“凡白喉症（白色喉症，指虚证的慢性病），无论癣（指喉结核）、烂（萎缩的粘膜）、疳（中医习惯地把一切慢性病统称为疳）、蚀（指角化或溃疡），总属气分热也。”

嗜酒：《医学入门》：“虚火，因饮酒，则动脾火。”

愤怒：《医学入门》：“愤怒，则动肝火。”

色欲：《医学入门》：“色欲，则动肾火。”

疲劳：《喉科指掌》：“辛苦喉风，因日夜辛苦而发。”

七情：《医彻》：“喉痹，属七情所伤者。”

忧思：《医宗金鉴·外科心法》：“慢喉风，……亦有忧思太过而成者。”

阴阳不和：《太平圣惠方》：“夫尸咽者，……皆阴阳不和，脾肺壅滞。”

阴虚火旺：《景岳全书》：“皆肾阴亏损，水不制火而然。”

龙雷之火：《景岳全书》：“格阳喉痹，由火不归原，则无根之火客于咽喉。”

肝肾两虚：《喉科指掌》：“劳碌喉风，肝肾两亏，发于关内。”

肾阳虚：《喉科心法》：“由其人肾阳本虚，寒邪乘虚，直中其经，逼其微阳上浮而为咽痛。”

虚火刑金：《黄氏纪效新书》：“喉痹久延，痛且干，虚火刑金之象。”

金不生水、水不制火：《枫江陈莘田外科临证》：“喉痹咽鲠，丝丝缠绕，……金不生水，水不制火。”

本病中医一直认为是肺肾阴虚和肾阴不足两者，所以称为阴虚喉痹或阴虚喉风。但根据干老统计，真正属此两者至多不超过20%。而出于脾土衰弱者十居八九。精简归纳起来，大体上可分四个证型：

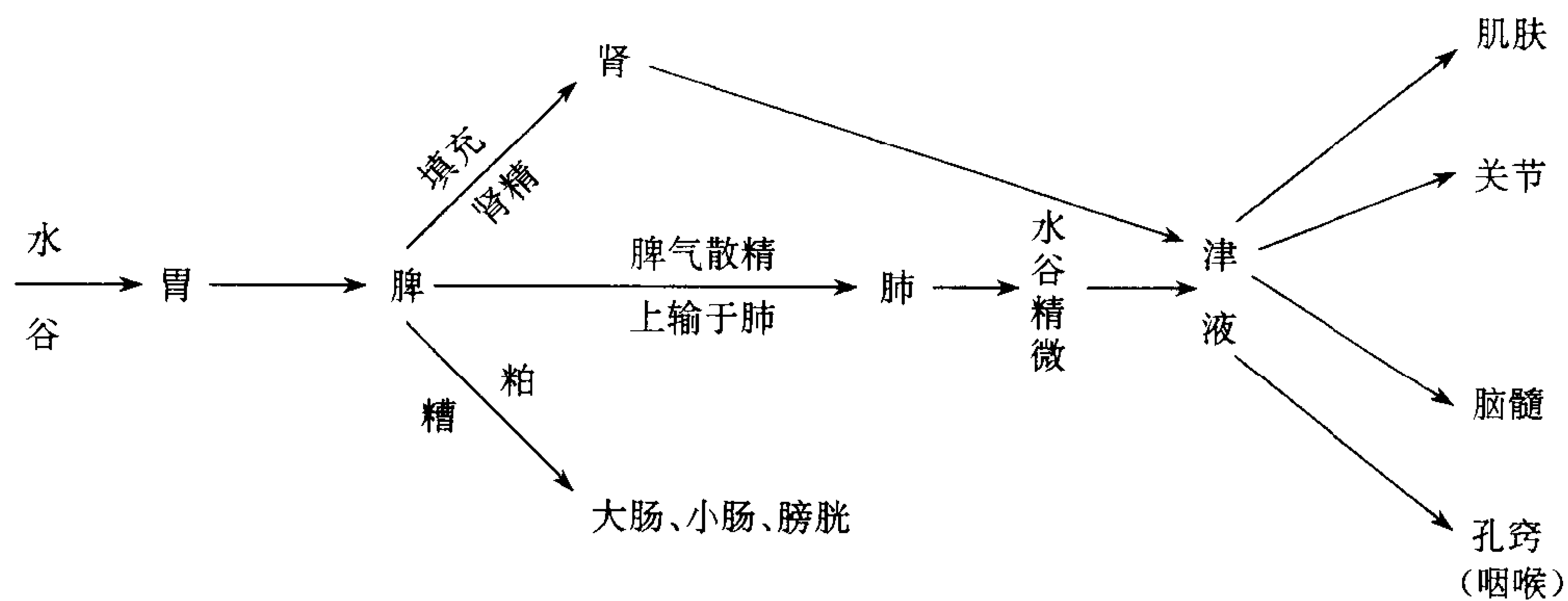
劳伤损气，肺怯金亏：凡过于劳累者，气分必伤，经年累月之后，肺气势必日损，所以张宗良氏列出“劳碌喉风”、“辛苦喉风”，自有其道理的。此外，大气污染，肺先受害；水源污染，胃

先蒙灾。而咽喉者，正是属于肺胃两经。肺主输布，肺气本已损伤，再加输布津液的功能障碍，属于肺经的喉受害而干。胃主消化营养，污染的水源，以中医理论来权衡，总是认为有毒，胃经蕴毒，属于胃经的咽受累而病。还有急性咽炎的反复发作，咽头喉头炎症的长期存在，逐步演变为慢性。这类患者，经常困顿于感冒之中而反复急性发作。

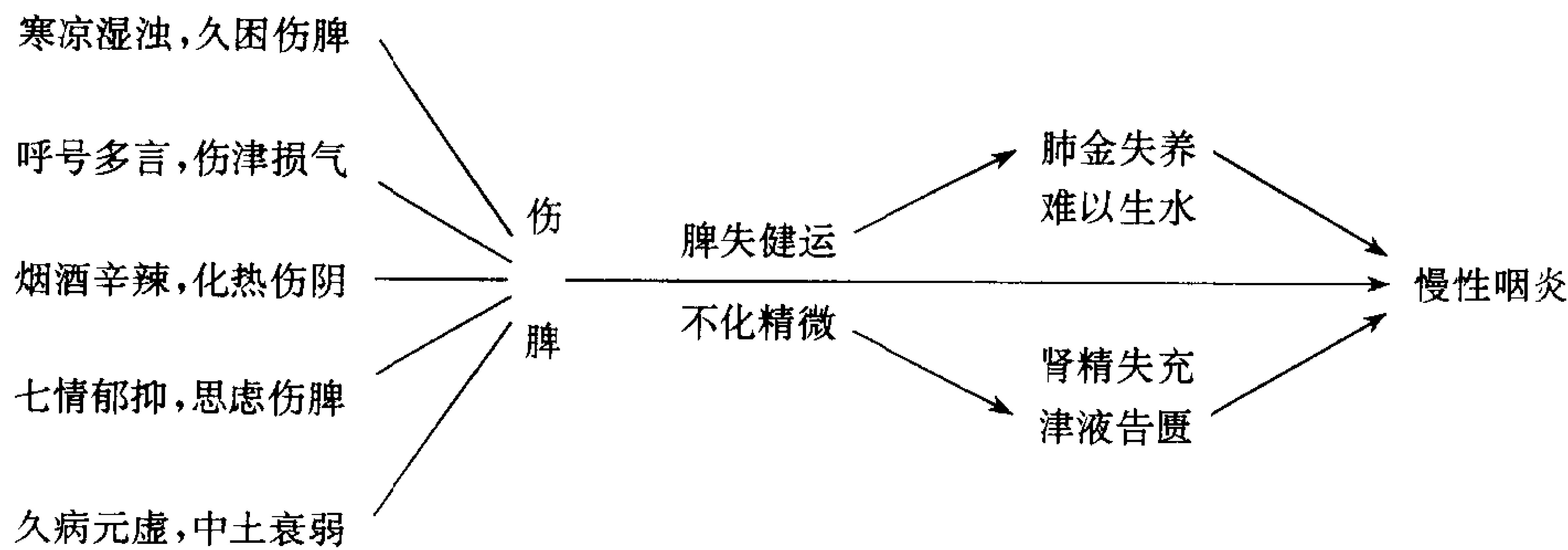
肾虚火旺，燥液灼津：一般都为肾水不足，难以制火。这种火，例称虚火或阴火，又称无根之火或龙雷之火。它是命门有余之火。肾属阴脏，内寓水火(即真阴与真阳)，两者必须保持平衡，即所谓“水火既济”。一旦肾水以种种原因而亏损时，即失去制火的能力，于是使肾阳偏旺而化火。火一旺反过来烁水，水被烁而更枯，终至水愈枯而火愈旺。

脾虚难化精微：脾一虚，则精微难化，精微难化，则津液无处而来。“喉需液养，咽赖津濡”，无津液以濡养，咽喉哪得不干。自古以来比较少有人来注意，可是笔者体会很深。

脾主运化，也就是消化饮食和输布精微。把这种营养成分通过肺的作用——肺朝百脉——而运输和散布到全身。见示意图：



至于造成这种脾虚不化精微的原因很多，但大体上不外乎以下几种。见示意图：



所以严格地说起来，肺怯金虚和肾虚火旺的作俑者，还是脾胃受损。因之《素问·阴阳类论篇》所谓“咽喉干燥、病在脾土”，的确是一言中的之词。

从图表中我们可知津液损伤，主要是：① 在肾：肾虚则无以藏精，水源枯竭。② 在肺：肺虚则难以输布精微于机体各处。③ 在脾：脾衰土弱，不化精微而断造水之源。④ 在津液的本身：常见在热性传染性疾病的高热之下，必然烁津被劫而干枯，也有慢性病经年累月的耗血(津血同源)、耗津、更有肿瘤病的放疗等。这都是属津液本身的问题，与前三者，完全不同，故不属本文范围。但亦与本病有关系。

【辨证论治】

肺怯金虚：大多出于急性炎症之反复发作不休者，或一向气血双亏之体，患急性咽炎而无痊愈倾向者，以及烟瘾特大的嗜烟者。全身症状为精神疲怠，全身乏力，食欲失振，睡眠难酣多梦，小便频数，大便偏干。口干求饮，喜进冷饮。在休息时可以减轻一些，劳累或天气骤变时加重。局部自觉症状为微干微痛，痰涎较多而易咯。常有一种难以用言语来表达的不舒服感觉。脉象细、小、软，舌质淡白无华而瘦。局部见咽部充血不明显，后壁淋巴滤泡为散在性增生，侧索可能增大。

肾虚火旺：全身性症状大多眩晕头痛，急躁易怒，情绪不易稳定。大便干结难解，常有便秘。局部自感症状，干燥严重，频频求饮以缓解，饮料要求冷的，甚至愈凉愈感舒服，伴以烧灼样感觉的刺痛，用病人自己的话来说，是"火气特大"。也有阵发性作痒，痒后随即干咳不止，而且这种干咳愈咳愈难受，少痰，甚至无痰。严重的进食也嫌干涩而不畅通，往往借助汤水以送下。脉多细数或细弦，舌少苔或无苔，质红绛瘪瘦少津。局检咽粘膜呈晦暗型充血（少数也有艳红者），小血管暴露网布。后壁淋巴滤泡散在性增生，部分粘膜萎缩，致红白相映，斑斓污红。整个咽部少液而干，其中更以后壁尤为明显。

脾虚土弱：病程也是十分漫长，甚至十年八年无痊愈倾向。全身症状，大便偏溏，甚至稀薄不成形，四肢沉重无力，胸前闷痞，入冬畏寒怕冷甚于常人。咽部也不舒服，但较前两者为轻。咽干而不太思饮，即使求饮，也喜温水或热水。舌薄苔，也有薄腻者，质嫩、胖、淡白，甚至舌边有齿印，脉软弱乏力。局检咽粘膜很少充血，严重的有水肿感。后壁淋巴滤泡为团块状增生，无干燥现象。也有慢性咽炎出现以上局部的脾虚症状，咽喉干燥，烧灼刺痛，咽部为弥漫性充血，粘膜干枯少液，小血管扩张暴露，后壁淋巴滤泡散在性增生及污红。全身症状也有心烦易怒，形体瘦弱，频频求饮，大便干结。舌少苔或无苔，甚至出现裂纹或剥脱，脉细数等为脾阴虚证。

心火内焚，肾水暗竭：自改革开放以来，工商贸易，日趋繁荣，人事工作亦奋发辛勤，争分夺秒，操心劳力，日理万机，因之"厂长经理综合征"也应时而来，发生于耳鼻咽喉专科者多为耳鸣、耳聋及慢性咽炎三症。虽然发病时间不长，但来势较猛，所有以上的局部症状，基本上都有，尤其突出者为小血管暴露扩张，甚至网状散布。全身症状大多为心烦意乱，情绪喜怒无常，失眠多梦，神疲倦怠，食欲不振，两便失调。舌少苔，质瘦多红，脉细、小、弦。考脾胃有阴阳之分，人身的营血、津液、脂膏之类的液体物质，都是由脾阴来灌溉滋养的。脾阴（胃阴，又称胃液），《成方便读・补阴益气煎》注中谓："夫胃者卫之源，脾者、营之本。脾阴虚，即营血亏耗。"

总之，《素问・阴阳类论》的"咽喉干燥，病在土脾"，确有其指导意义。脾阳虚、脾阴虚，临床上更需仔细观察和鉴别。

・内治・

本病以内服药为主，而且以汤剂的效果为显著。不过疗程漫长，往往需一次性而中间不间歇进药至少 50 余剂，最多者 150 余剂。只要辨证明确，取方用药无讹，服食连续不断，严忌烟、酒、辣三害者，基本上都可治愈。

"三个指头，一杯苦水"，是中医的特点，也是阻碍中医大发展的原因之一。唯有改进剂型，制成成药，但又违背了中医"辨证论治"。

肺怯金虚：取法益肺生金，常用代表方有百合固金汤、养阴清肺汤之类。必要时加阿胶。阿胶一药，入水不化，火煮难溶，可以用蒲黄或蛤粉，和阿胶（打成粗粒）同置在铁锅内，下面加旺火，不断地拌抄，终至阿胶化为液体，与蒲黄或蛤粉凝聚成小粒子。炒至阿胶干枯，筛去

蒲黄或蛤粉。其凝聚于阿胶者，即为阿胶珠，即易溶于沸水中。其药性存在无减色，但能一煎而化尽。常用药：生地、熟地、百合、玄参、沙参、麦冬、乌梅、甘草。

肾虚火旺：当潜阳育阴，生津养液法，常用代表方有知柏八味汤、左归饮之类。常用药：知母、黄柏、熟地、山萸肉、山药、丹皮、枸杞子、桔梗。严重的可用大补阴丸。为了生津有力，可加用乌梅、玉竹、花粉、石斛之类。

脾虚土弱：凡脾阳虚者，可用补脾培土法，常用代表方有参苓白术散。常用药：太子参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、升麻、桔梗、甘草。为了升提清阳以促使脾气加速醒复，所以除有高血压病患者之外，可用升麻、葛根、柴胡、蔓荆子等升提之品。脾阴虚者，除用参苓白术散之外，另可加用益胃汤、增液汤、沙参麦冬汤等方。更讲究一些，加西洋参、枫斗。有时出现阳气衰极者，可用补中益气汤或益气聪明汤。利于长期进药者，亦可取用丸剂。

心火旺、肾水枯者：清养心而补益肾。可用清心益肾法，常用方有天王补心丹、柏子养心丸合大补阴丸。常用药：人参、茯苓、茯神、柏子仁、麦冬、酸枣仁、五味子、芡实、莲肉、黄柏、知母等。

·外治·

最好的外用药，首推西瓜霜（制法请阅 1956 年《新中医药杂志》6 月号干祖望“西瓜霜”）。每日喷 3～4 次。

《重刊梅氏验方新编》：“于梅（霉）雨时，捕集蜒蚰，与梅子同腌。遇喉症，辄应手而愈。”的确，这是一切慢性咽炎最好的噙化剂。

此外，也可用“话梅”（为蜜饯果脯之一，但必须是真正的梅子，才有效。各食品糖果商店均有出售）作噙化剂使用。每次口含 30 分钟，含至淡而无味后，吐掉。每天可含 5～7 枚。可起改善症状的作用。

【预防与护理】

慢性咽炎为难治之症，而且病程漫长，所以护理更为重要。内容不外乎饮食、居处、劳逸、服药和精神五方面的护理。这五者，在慢性咽炎来说，都是比较重要的。

（1）严禁烟、酒、辛辣。《顾氏医案》：“烟为辛热之魁，酒为湿热之最。凡姜椒芥蒜及一切辛辣热物，极能伤阴。”

（2）注意营养。《素问·阴阳应象大论》：“精不足者，补之以味。”《素问·五常政大论》：“谷肉果菜，食养尽之。”都是强调营养的。

（3）生活和工作，需在空气新鲜的环境里。《寿世保元》认为：“人卧室宇，当今清净。净则受灵气，不净则受故气。故气乱人。”

（4）居室要寒暖适宜。

（5）注意劳逸结合。《素问·上古天真论》：“不妄作劳，故能形与神俱而尽终其天年。”过度操劳者，必伤必病。《尚书·旅獒》：“玩人丧德，玩物丧志。”玩物是过分优逸的同义词。志丧者形必涣散衰败。

（6）戒多言。言多损气，气损致津伤。

（7）注意锻炼。《素问·四气调神论》的“夜卧早起，广步庭前”以及《吕氏春秋·尽数》的“流水不腐，户枢不蠹，动也”，都是强调身体的锻炼。

（8）民间谚语“急发一朝生死决，慢喉百帖断根难”。意思是急性喉病可以一夜之间决定生死；慢性喉病，求其痊愈，要一百剂药尚难言把握。

（9）药茶，也是中医的一个特殊的简便疗法，就是用少量的药物，代替茶叶来作饮料。既

方便，又可持久，对慢性病的确是大有用处。阴虚者，用生地、沙参、麦冬等分三味。阳虚者，用白扁豆、焦米仁、山药等分三味。代茶叶泡茶作饮料，天天常饮。

（10）保持情绪稳定，多阅读些有益文献，以涵养性情。《千金翼方·起居·养性》："焉能无闷，闷则何以遣之，还须蓄数百卷书，易老庄子等，闷来阅之。"孙思邈藏书数百卷，独独指名《易经》、《老子》、《庄子》三书，不是没有道理的。

（11）对治疗要有信心、恒心和决心。因为本病疗程极长，见效缓慢，往往容易失去信心。再则本病有时也可暂时减轻，足以苟安于一时，治疗就为之放松。因之一定要有信心、恒心和决心，才能有治愈之日。

第七节　慢性喉炎

慢性喉炎，传统名称为慢喉风。《耳鼻咽喉科全书·喉科学》第八篇谓："慢性喉炎在喉科学篇中可以说是认识得最混乱的一章。"

中医疾病归类手段特殊，所以把以嘶哑为主症的慢性喉炎归类于"嘶哑"。故而这里所称"慢性喉炎"，仅仅以慢性单纯性喉炎为对象。

慢性单纯性喉炎，多数在急性喉炎过程中，治疗失时、失当，未能恢复健康，或急性喉炎的原因继续存在，而演变为慢性喉炎。

慢性单纯性喉炎，病变是喉粘膜充血、水肿，发音嘶哑。以嘶哑最为突出，所以历来中医都归类于"瘖"、"喑"和"嘶哑"一门中。

本病男性大大多于女性。其中嗜烟恣酒好辣者、过度不适当的发音者、邻近器官长期患有慢性炎症者、慢性气管炎者、有风湿性疾病者以及言语特多的职业工种等，更为好发的对象。

【临床表现】

主要症状是发音嘶哑，其程度各有不同，在不同的时间里也有区别，一般在早晨为重，后随着活动而声音渐渐变好，但翌晨又差了。

检查所见，喉粘膜弥漫性充血，其色以晦暗型较多。声带失去清白，呈粉红色到深红色不等。声带肥厚甚则呈"柱状"，尤以边缘为显著，变成圆形，更严重的呈息肉样改变。发音时两声带难以靠合而出现梭缝隙裂。

室带也严重水肿，颜色经常与充血的声带相同。严重的可以向上隆起呈球状，向正中线发展而超越遮盖于声带上面，覆盖占去声带1/3～2/3，甚至全部把声带埋没，在发音时室带两侧边缘互相接触。杓部、杓间区也有同样病变。

其病变为双侧性，所以两侧对称，如其声带有息肉样改变者，则出现息肉一侧为重点。无全身症状。脉舌两诊，也无多大参考价值。

根据患者长期声音嘶哑，检查声带两侧对称，不难作出诊断。能尽量禁声，并注意休息保养，可以逐渐告愈。但再用声过多、过高或方法不对，仍然可以再度嘶哑。反复发作，即可发展为肥厚性喉炎。

【病因病机】

主要原因为多言损气，疾呼伤神。气损即滞，气滞后一方面可以生痰，终至痰气相凝。另一方面因气以帅血、血以气行之故，气滞者带来了血瘀。在痰凝与瘀滞之下，久困声门而发病。

神伤则气血违和，这又是另一条途径来促使瘀结痰生，更加重了疾病的发展。

【辨证论治】

《杂病广要·痰涎》引《治病活法秘方》："痰涎壅滞，随气而升，结于胸膈，上逼咽喉。"《丹溪心法·痰》："凡人身上中下有块者，多是痰。"《丹溪纂要》："痰成块，气郁滞者，难治。"所以不论声带的漫肿肥厚或室带的增生水肿，都是痰证。

《血证论·瘀血》："瘀血在经络脏腑之间，则结为症瘕。瘕者或聚或散，气为血滞，则聚而成形，血随气散，则没而不见。"声带的充血，室带的增生肥厚，基本符合唐氏的论点。

关于瘀血与痰浊相结合的论点，可以参阅《杂病广要·瘀血·痰血相挟》，谓："血逆则气滞，气滞则生痰，痰与血相聚，名曰瘀血挟痰。"又谓："若素有郁痰所积，后因伤血，故血随蓄滞与痰相聚，名曰痰挟瘀血。"慢性单纯性喉炎的辨证方法，以上三段古人学说，早就分析得十分清楚了。

·内治·

用常规来处理"嘶哑"，未局部检查，必然走到"养阴生津法"的歧路上去。非徒没有好转，而且是雪上加霜，将病驱至绝路上去。《临证指南·失音》后注"久嗽失音，必由药误，麦冬五味子，此失音之灵丹也。服之久，无不失音者"，正是针对慢性喉炎误用养阴生津法而言。

所以慢性喉炎的正确治疗，是以破瘀为主，化痰为辅，常用代表方为通窍活血汤、二陈汤的衍化方。常用药：赤芍、丹皮、川芎、桃仁、红花、五灵脂、落得打、昆布、海藻、鸟不宿。如其瘀滞严重的，可加苏木、五灵脂、落得打、地鳖虫等。如其痰证明显者，再选加胆星、昆布、海藻、瓦楞子等。总之，药力效益是有的，但进步很慢。

【预防与护理】

(1) 主要为尽量少讲话，尤其不能高声叫喊。

(2) 严禁烟、酒、辛辣食物。

(3) 生活、工作环境，要保持空气清新。

(4) 少吃冷饮。

(5) 多吃有益的食物如海蜇、海带、芋艿、慈姑、螃蟹之类。

第八节　萎缩性咽喉炎

萎缩性咽喉炎又称干燥性咽喉炎，传统名称为虚火喉痹。

萎缩性咽喉炎，为一种病程极长而又极为难治的咽喉慢性病。其早期，萎缩的程度尚未达到严重阶段者，则例称为干燥性咽喉炎。但也有学者认为这两者不是前后期的问题，乃是两个不同的病种。这两种说法，至今还没有定论。

本病大多是继萎缩性鼻炎后成为萎缩性咽炎，而喉炎又是继咽炎之后而继发的。有些萎缩性咽喉炎是干燥综合征症候群的一个部分。

《普济方》的咽干，可能是本病的最早文献资料。之后如干喉风、喉干燥痛、虚火咽痛等，基本上都是本病。

【临床表现】

萎缩性咽炎的初期或程度较轻者，可以没有显著的症状。但在病变发展过程中，势必产生咽部干燥、毛涩、不舒服及异物感。诚如《喉科紫珍集》的描写："有如茅草长刺喉中，又如硬

(髏)物,咽(噎)于喉下。”即使频频饮水,也不能使这不快感觉完全消失。同时咽部感觉迟钝,甚至压舌板触及舌根或软腭而不引起咽反射。

萎缩性喉炎,则声音嘶哑,低沉无力,为主要症状。故《喉科泄秘》谓之:“甚至饮食为之碍,咸物染之痛,久必喉哑。”由于喉粘膜分泌腺的萎缩,所以喉内常有稠厚的粘液,甚至形成皮痂,引起剧烈的刺激性咳嗽。所以《喉科心法》称之为“痨嗽咽喉痛”。

萎缩性咽炎,咽部所见,都可见到一定的病变。咽后壁的粘膜失去正常的光泽、滋润,每当咽反射时或咽缩肌收缩之际,粘膜起皱,更突出其干燥枯槁的表现。还有稠厚的分泌物,紧贴在咽壁上,形成一层膜样物,甚至因其干燥而成为灰色的痂皮。所以《喉科紫珍集》谓:“斑生苔癣,垒若虾(癞虾蟆)皮。”

萎缩性喉炎,在喉部可见粘膜的干燥充血。声门部常有稠厚分泌物粘住两侧的声带。声带可能松弛无力,以致在发“伊”时声带中央部闭合不全,成一梭状缝。

咽喉部异常干燥,甚至有燥痛灼痛,进干食时困难。检查可见粘膜干燥无液,萎缩枯槁。

【病因病机】

上焦有热:《普济方》:“夫脾肺不利,上焦有热,则津液枯燥,搏于咽喉,故令干痛。”

上膈虚热:《普济方》:“上膈虚热,咽干。”

燥:《医碥》:“伤燥,……在上则鼻咽焦干。”《医学摘粹》:“燥病者,……或清窍不利。”

此病主要病因,在于燥。至于燥的导致,则有许多因素。但燥气既出现于目前,那就不一定深究致燥之源。但急、慢、虚、实是必须分清的。

【辨证论治】

《素问玄机原病式》:“诸涩枯涸,干劲皴揭,皆属于燥。”所以本病诊断不难,因燥之为物,诚如《张氏医通》所谓:“偏助狂火而损其阴,阴中伏火,日渐煎熬,血液衰耗,使燥气失润而为诸病。在外则皮肤皴揭,在上则咽鼻生干。”

《类证治裁》:“燥为阳明秋金之化,金燥则水源竭而灌溉不周。”至于致燥的原因,林氏又称:“燥有外因,有内因。因乎外者,天气肃而燥胜,或风热致伤气分,则津液不腾。因乎内者,精血夺而燥生。或服饵偏助阳火,则化原日涸。”

根据先贤们的解释,这个燥病之来,源出肺肾两经,所谓“母(肺、金)子(肾、水)同病”。因为肺阴一伤则金必燥,金燥则不能生水而水无源流,无水以灌溉,清窍失濡而干燥。肾阴水亏则不能济火,火旺则烁肺伤金,更增加其燥气。肺肾之间,互为因果,相互关联,造成一种螺旋型恶性循环而终至津枯液竭,咽喉失养而枯槁萎缩。

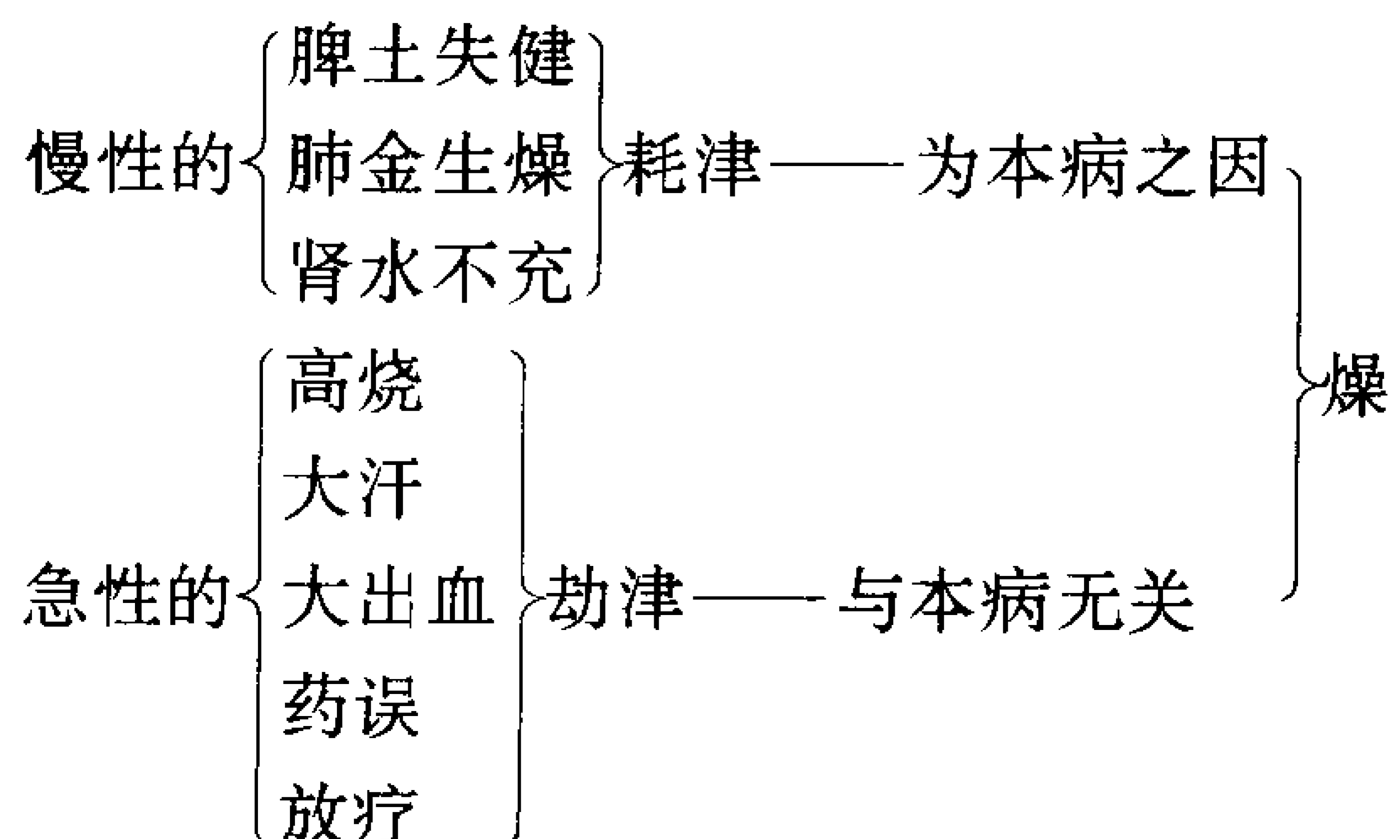
·内治·

一般大法,基本上和慢性咽喉炎出于一辙。可是在久治不愈之下,应该进一步深入探讨,找寻新的治疗途径。至于在哪一个突破口上来进一步探讨?当然从燥证方面着眼。

治疗燥证,一般常规,就是养阴生津。但在具体的致燥原因方面,还有千变万化的机制。如简单机械养阴生津,那是一种头痛医头脚痛医脚的对症疗法,绝非辨证论治。只有分析出“致燥之源”并有针对性处理这个原因才是。

燥是津液枯竭的表示,至于津液被劫的后果,应首先从津液的形成谈起。所谓津液,可以广泛地指机体内一切水。精确一点来讲,是指由饮食、水谷、精微通过胃、脾、肺、三焦等脏腑的共同协作所化生的营养物质。它在经脉之中为血液、淋巴液,在经脉之外为组织液,在眼为泪、在鼻为涕、在口为涎、在胃为胃液等。津和液,两者的性质、分布部位和具体功用,稍有不同之处。津比较清稀,分布于肌肉之间以温润肌肤。液则比较粘稠,分布并濡养关节、脑髓及

孔窍。所以咽、喉部的，严格地说起来，是“液”，但我们日常中还是习惯地称为“伤津”、“津枯”及“生津”、“养津”。津、液虽有些区别，但从整体功能而论，两者又是相同的，可以相互联系、相互转化的。致于它的形成、输布过程，主要是依赖肺、脾两者起到的主要功能活动。《素问·经脉别论》：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。”可知脾主运化升清，把由胃肠道吸收来的有用物质，化为水谷精微，上输于肺。肺主通调、以朝百脉，使这水谷精微运送散布到全身各个组织。一旦脾的运化失健，则不能转化物质为精气，也就是津液无产生基地，当然津液宣告枯竭。如其肺有病变，则一向以“恶燥”见称的华盖娇脏，偏偏燥了起来，于是既无法正常地散布水谷精微于全身组织，而且更把接收过来的水分蒸发灼烁，咽喉部无津液之养而干枯。另外，以肾亏水涸，不能涵木制火，也能火旺鸥张而上炎，燔津烁液，津液枯涸。另外还有一种情况是脾、肺、肾功能正常，在化生、输布、贮藏的几个环节也毫无问题，但被急性传染病的高热燔烁，煎津煮液，以及大量出汗、流血过多、用药不当、放疗而引起的片刻间津干液涸，干燥即至，这种情况，我们称为“劫津”，又与以上的“耗津”有所区别：



所以同样一个燥证，又有“耗津”(慢性)、“劫津”(急性)之别。同样一个慢性的“耗津”，又有脾、肺、肾三者之分。绝对不能一视同仁，因之论治也由此各异。

脾土失健：治法以健脾益气，也间接的生津养液。历来对这一点，关注的人不多。譬如扶持抢救一盆没有水源供应而致枝枯叶萎的花草，一味地使它荫凉、通风，甚至除去周围的一切致热、致燥因素还不行，只有在根部灌水才是。所以治脾以润燥，就是这个道理。常用代表方有参苓白术散或健脾丸之类。常用药：太子参、茯苓、白术、白扁豆、山药、升麻、桔梗、麦芽之类。

肺气燥伤：这是外来的一切燥气，侵袭肺金，也有内燥所伤，自戕自贼，终使肺脏不能正常地输布津气。故而应润肺生津，常用方有加减养阴清肺汤或沙参麦冬汤之类。常用药：沙参、麦冬、百合、大贝母、玄参、生地、玉竹、天花粉、扁豆、桔梗等。

肾虚水竭：经常还伴以相火上凌，所以在滋阴中参以清息龙雷，俗称育阴潜阳法，常用代表方有知柏地黄汤或大补阴丸之类。常用药：熟地、山药、山萸肉、旱莲草、女贞子、龟板、知母、黄柏、甘草。并根据相火的实际情况而加些龙齿、石决明、龙骨、白蒺藜之类。

急性的劫津：急性的劫津虽与本病没有直接关系，但为了加快显效起见，并不反对加些生石膏、花粉、玉竹、芦根、石斛、沙参、麦冬之类。

干老曾遇到这样一例奇干燥证，所有的养阴生津方药，毫无一效，不论健脾、益肾，都无反应。在最后重用鳖甲、西洋参、枫斗石斛、乌梅，也一无润意。在此技穷之际，忽然想到唐容川的血瘀致燥一说，乃取用泽兰、桃仁、归尾、赤芍、丹参等药，另取蒲公英作引子，竟然药到病除。因病例太少，可能出之偶然，故而不敢列入正文，仅供参考。

·外治·

噙化参梅含片，每天 4～5 片；吹用西瓜霜；含漱蜒蚰梅，每天 4～5 枚；导引，《苏浓良方》："每夜，……盘足坐，叩齿三十六、通握固，闭息，内视五脏，……待肠满气极，则徐徐出气，俱出入息匀调，即以舌搅唇齿内外，漱练津液，未得咽下。复作前法，闭息内观，……调息漱津，皆依前法。如此者三、津液满口，即低头咽下。"它的操作是，在凌晨，盘膝而坐（趺坐），将上下牙齿相碰（叩齿）作响，计 36 次。然后用舌尖撞击门齿，这样则唾涎分泌即旺盛起来。两手握紧拳头，但须握成空心拳，用力握紧（通握固）。思想上排除杂念，凝精聚神，把呼吸调整到似有若无（闭息），好像见到自己的五脏六腑一样（内视五脏），意守丹田，运真气于丹田而似乎产生满腹温煦和充气的感觉（肠满气极）。达到了这样境界，就慢慢地放松（徐徐出气），不过呼吸还是要均匀有节奏。之后即用舌尖搅击唇齿之间，这样又可使唾液大量出来（漱炼津液），但这种唾液不能急速吞咽下去，应该慢慢地分成数十口下咽。照此操作，共行 3 次。

静养生津法：平时睡醒时，即起端坐，凝神息虑。舌舐上腭，闭口调息，津液自生，分作 3 次，以意送下，此水潮之功也。坚持日久，确收良效。

【预防与护理】

（1）居室空气宜湿润，不宜太燥。在夏天可多洒泼冷水，冬天可在火炉上放一不加盖的水壶。

（2）饮食方面，宜清淡且易消化的食品，不宜厚味油腻及生冷。

（3）禁烟、酒、辛辣食物，少食油炸食品。

（4）可多吃水果但忌荸荠及花生。因荸荠生燥，花生生痰。

（5）情绪方面，要保持稳定。

（6）本病是慢性病，治疗进药是有一定时间的，故而切忌急躁。

（7）适当地注意休息。

第九节　悬雍垂过长

悬雍垂过长，传统名称为帝中风还有悬痈、垂倒、悬雍肿、帝钟风、悬雍垂长、纯白小舌、悬疔、悬旗小舌、蒂丁下垂、小舌落下等名称。

本病在 7 世纪初，就已有了记述，见《诸病源候论》，称为悬痈和垂侧，盖古代"痈"与"雍"可以通用。

凡急性的一时性水肿充血，属于感染性炎症，则不是本病。

【临床表现】

本病往往好发于神经官能症患者或缺乏运动及有习惯性便秘的人。

局部症状，为悬雍垂超长，可能还有一个较粗、肥大的末端。在咽部松弛状态时，即可触及舌面或紧贴咽壁（前者最多，后者很少见），因之即产生异物感，甚至可引起咳嗽或呕吐，但也有极少数患者，毫无感觉。

【病因病机】

风热厚味：《喉科紫珍集》："因受风热，食益炒厚味。"

热气：《东医宝鉴》："所以暴肿者，抑亦热气使然也。"

风邪热气：《诸病源候论》："脏腑有风邪热气，上冲咽喉，则肿垂，故谓之垂倒。"

胃中积毒：《喉科指掌》："胃家积毒。"

胃火:《喉科枸指》:"胃火郁甚而发。"

脏腑伏热:《诸病源候论》:"五脏六腑有伏热,上冲于咽喉,热气来于悬痈(雍),或长或肿。"

思虑过度:《焦氏喉科枕秘》:"思虑过度,心火上冲帝丁。"

穿着过暖:《喉症全书》:"重衣叠被。"

细长的悬雍垂,多为发育上的特异,也有因屡屡发作的急性或慢性咽炎、扁桃体炎的长期刺激而病变。

【辨证论治】

脾主肌肉,悬雍垂虽然未有确认为属脾,但以其全为肌肉组成,当然可作属脾论断。

脾气一衰,宗气下陷,终使这个特殊组织的肌肉松弛无力,甚至出现瘫痪状态,则要趋长拖落下来。

·内治·

脾胃一虚,则阳气生化乏源,中气不足,清阳下陷难升,所以肌肉松弛下垂,症属慢性,更无疼痛发炎表现。治当益气升阳法,常用方有补中益气汤之类。常用药:黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、当归、桔梗、甘草。另外,也可参酌收涩之剂,如诃子散中的诃子肉,真人养脏汤中的肉豆蔻、罂粟壳,以及石榴皮一类的药物,可以酌加在内。

·外治·

早在8世纪时,就认为需要手术处理,故《外台秘要》谓:"开口捧头,以筷抑舌,及烧小铁烙于管中,灼之,令破。灼火毕,以盐随烙处涂之。"当然,这种办法,是比较粗糙的,而且烙后涂盐,这种疼痛是使人无法承受的,其疗程也比较长。

正确的治疗方法是这样:先在悬雍垂和两侧软腭间,注射1%普鲁卡因0.5～1毫升,待麻醉后,用钳子抓住悬雍垂,然后将应该截去过长的部分,以弯头剪刀剪除。剪后即用百草霜散掩上止血,必要时可缝针。以后用珠黄散频频喷吹,至愈合为止。

药物治疗,用枯矾及生明矾各半,研细,入冰片适量,每天涂擦4～6次,但疗效很不稳定。

【预防与护理】

(1) 手术剪除或烧烙后,禁进热食、硬食直到愈合。

(2) 忌烟、酒、辛辣食物。

(3) 及时上药。

(4) 尽量减少讲话。

(5) 保持大便通畅。

第十节　咽部疱疹

本病一时难以找到一个比较恰当的中医病名来对照。《尤氏喉科秘书》、《咽喉经验秘传》的"喉刺",在症状描写上十分相似,但是在预后方面距离太远。《喉科杓指》的"帘珠喉"也很相仿,但是本病决没有"满口如白网油状,两边微肿"。《喉科指掌》"气子"的描写,也似乎本病,但病程以"年"计算,则又不可能。《喉科秘旨》的"连珠风"也迹近本病,但它的描述含糊不清,而且有理由怀疑就是"帘珠喉"的讹传,因为"帘""连"读音相同。喉病既可称"喉",也可称"风"。排除了几个似是而非的病名之后,只有《咽喉脉证通论》的"风热喉癣",可以说是咽

部疱疹的中医病名。它的症状是“其状喉间或帝丁两旁微有疙瘩，一起即觉，时作寒热。若食热毒之物而起，不作寒热”。

本病在临床上大多未溃者称口疮，已溃者为口糜。《素问·气交变大论》中的“口疮”，可作为最早的论述。

本病常继发于急性鼻炎、肺炎、流行性感冒、疟疾或身体其他部位的疱疹之后而发生，也有单独原发者。咽部表现开始发生小水疱，破裂后则成为小溃疡。预后好，唯疼痛较为严重。

【临床表现】

本病多数为继发性，如为原发者，并无全身症状，唯咽部发生疼痛。有时疼痛较重，甚至夜不能寐，还可牵及耳部也感疼痛。疱疹多发生于软腭、悬雍垂及腭弓等处，常呈线状分布。初期为黄白色小疱，旋即自形破裂而成为小溃疡，损害为浅在性，周围粘膜微呈充血，这种小溃疡一般在3～4天内可以愈合。但也有第一批疱疹初告消退，而第二批又接踵而至者，愈后，不留痕迹。如在口腔者，又称疱疹性口腔炎。

【病因病机】

火气流行：《素问·气交变大论》：“岁金不及，炎火乃行，民病口疮。”

膀胱、小肠积热：《素问·气厥论》：“膀胱移热于小肠，上为口糜。”

湿热：《医方论》：“口糜，本于湿热。”

脾热、肺热、心热：《证治汇补》：“口疮虽有脾热，然分赤白二种，白者肺热，赤者心热。”

临床实况大多由于脾胃积热，郁蒸上凌而致。因为热蕴过久，势必蒸酵而化为湿浊，内中湿性下沉，多犯下身。唯浊气轻浮飞扬，好犯头面，尤其是空清诸窍。脾主湿，咽部接近口腔，口腔属脾，以“循经”而论，口腔与口咽被侵的机会更多。不过这种浊气，毕竟由湿邪所衍生，在治疗上依然以化湿、利湿和燥湿为主要手段。

【辨证论治】

初期一般大多有充血及疼痛，所以主为火气为祟。由疱疹而成小溃疡，而且其色转白，则为湿浊，但仍属火属热。

·内治·

一般都应清热清火，轻症可用银翘散，重者用清胃散。常用药：银花、连翘、竹叶、芦根、升麻、黄连、丹皮、生石膏、甘草。如其波及身体者，心经也有积热，可参用导赤散。常用药：生地、木通、竹叶、玄参、茅根、灯心草、桔梗、甘草。如夹有湿浊者，酌用茵陈蒿汤。常用药：茵陈、竹叶、胡黄连、茅根、芦根、生石膏、银花等。

·外治·

初起，宜绿袍散。出现溃疡，改用冰硼散或中白散。后期，用珠黄散或养阴生肌散。

【预防与护理】

(1) 平时少吃辛辣食物。

(2) 注意口腔卫生。

(3) 及时上药。

第十一节　咽粘膜下出血

咽粘膜下出血，传统名称为飞扬喉，亦有飞疡、悬旗小舌、悬痈、悬棋蛊毒风、夺食风、呛食风、悬痈、稔食风、飞蛾风、飞扬风、飞丝风、血蛾、抢舌风、悬疔、飞疡喉等名称。

本病是指悬雍垂及其周围的软腭粘膜或口腔粘膜，突然在1～2分钟内产生或大或小的血疱。虽然是一种多见的轻症小恙，可是在历来喉科专业书里，都渲染成杀人重病危症，如《喉科指杓》、《喉科秘旨》的“凶恶之症”的描写，都过于夸张。

本病在16世纪末，才见之于文献。第一个记载本病者，为明代《疮疡经验全书》，谓：“口中猝然有肿，转胀转大，此名飞疡也。渐至杀人，用小刀点出血。”以后各家著作，都承袭了“渐至杀人”一语而未与临床核实，始终以危症视之。正因其发病极快，来势凶猛迅速，大有“飞扬拔扈”之势，所以即名飞扬。

本病大多在进餐时，尤其是晚餐时最多发生。可能由于硬食所伤，故也称创伤性血疱。由于是小血管渗出血液，但粘膜则完整无恙，于是滞积于粘膜下，因为不断出血，故而血疱也很快地膨大，所以又称口腔粘膜血肿。本病一般多发于男性，尤其是青壮年人。

【临床表现】

此病既无预兆，更无全身症状，而且绝大多数在进餐时发生。当时陡然感到咽部有异物感，病者必然利用“咽”或“咯”的动作来排除它，可是越咽越咯则异物感越明显。在短短1～2分钟的一霎那间，咽部即全部堵塞，不能吞咽，言语障碍，甚至呼吸也似乎有困难感觉。在软腭上，更多在悬雍垂上，可见到一个紫红色大血疱，大小不一定，从绿豆大小到伍分硬币大，堵塞在咽部，但始终没有疼痛感。不久即可自行破裂，排出大量血液或血块，片刻之间一切症状完全消失。但不久在出血处形成一个面积与血疱同样大小的浅在性溃疡面，疼痛即产生。如无继发感染，此溃疡面可在3～5天间自行愈合，愈后不留痕迹。如有感染，则转为溃疡。

如有大血疱位于悬雍垂或其周围的粘膜。起病迅速，在1～2分钟内可完成初期→高峰→破裂的全部病程，未破前一无疼痛，破裂后即开始作痛者，即可诊断此病。

【病因病机】

风热：《喉科指掌》：“此症，风热上壅。”

肺胃积热：《重楼玉钥》：“因饮食火物，触动肺胃积热，致陡起斯疾。”

脾家热毒：《咽喉脉证通论》：“此证乃脾家热毒，外感风热而成。”

风热痰毒：《喉科紫珍集》：“此症因上焦蕴积热毒风痰，壅塞而起。”《明医指掌》：“风痰壅热在喉咙，因生血泡咽关闭。”

触毒或怒火：《焦氏喉科枕秘》：“怒火盛，或中秽毒。”

多食厚味：《图注喉科指堂》：“多食厚味燥酒。”

临床实况主因为肺胃积热，热盛化火，逼血离经妄行。诱因为进食之际，热物、硬物的磨擦、刮伤。一般在5天内(小面积的3天左右)可以自愈。如其有感染而形成溃疡者，则时间要长一些，其病程也根据其溃疡面的大小而定。

【辨证论治】

出血当然属热属火，决无虚证，所以基本上不需要辨证。无论热与火，唯有程度上轻重不同而已。

凡伴有便秘，血疱破裂后疼痛厉害的，其热必重。舌诊较重要，质红为热，腻者夹湿，脉象在本病中参考价值不大。

·内治·

治法十分简单，一般取用清热凉血法，常用代表方为清咽利膈散或加减三黄凉膈散。严重的加强通便，即谓“釜底抽薪”。常用药：银花、大黄、黄芩、生地、丹皮、白茅根、地榆炭、甘草。

·外治·

及时刺破血疱，泄尽积血。愈早刺破愈好，迟则血疱愈来愈大，而且发展迅速。但一般在病人到达医院之前，大多早已自行破裂了。不论自溃或刺破，刺破孔应大些，以便泄血通畅。但最好保留粘膜，如其撕去之后，势必形成溃疡。但也有无法保留者，只得撕去。

初期，可用绿袍散。形成溃疡后，用冰硼散。如出现义膜者，用锡类散。后期用珠黄散。

【预防与护理】

（1）注意进餐时不要狼吞虎咽。

（2）在进食热物与硬物时要小心或尽量少食。

（3）发现咽部异物感时，马上停餐检查一下，有无血疱，有则马上刺破。

（4）已破之后，要注意口腔卫生。

（5）不论饮料与食物，温度不宜太高。

（6）及时治疗。

第十二节　扁桃体炎

扁桃体炎，传统名称为乳蛾。有关本病最早的论著，首推《儒门事亲》，谓："单乳蛾、双乳蛾，结薄于喉之两旁近处，肿作。因其形似，是为乳蛾。"所以乳蛾一名，沿用到现在已770余年。至于《喉科泄秘》等书中的血蛾，实非扁桃体疾病，乃口腔粘膜血肿的飞疡喉。

乳蛾之后又有许多别名，罗列于下，其中包括急性与慢性：乳蛾、单乳蛾、双乳蛾、肉蛾、蛾风、喉闭、闭喉、喉痹、横蛾、竖蛾、蛾疮、喉蛾、阳蛾、阴蛾、莺翁、鹅聚、连珠蛾、鳅症、伏寒乳蛾、白色乳蛾、烂蛾、结烂乳蛾、石蛾、木蛾、落井乳蛾、死乳蛾、乳蛾核、烂头蛾、蛾子、蛾疾、飞蛾、慢蛾风、乳蛾核、喉瘤等。

乳蛾即扁桃体炎已得到大家一致认可，但干老认为是错误的。因为乳蛾是人体解剖的名称，它是扁桃体而不是扁桃体炎，所以《世医得效方》称为蛾风，是十分妥当的。正常的喉有了病，称喉风。那么正常的乳蛾，有了病，当然应为蛾风。

另外还有一种说法是，所以称其乳蛾者，因为其形像一如蚕蛾，干老也认为错了。应该解释为蚕蛹才是，橄榄形的肿物与蚕蛹颇为神似。考"蛾"是一切昆虫纲、鳞翅目、异角亚目昆虫蜕变到最后阶段的成虫。当它由毛虫过渡到成虫时的中间阶段，即称"乳蛾"，俗称为蛹。"乳"是幼小之谓。

历来曾把它分为单蛾和双蛾，张子和创说于前，后人随之于后，事实上是毫无意义的，尤其是什么横峨和竖蛾，更是画蛇添足。至于什么"单轻双重""单重双轻"争议，更是荒诞无稽。

我们目前临床上分为急慢两种，是十分科学的。

急性扁桃体炎

一般急性的有充血性扁桃体炎，中医称风热蛾风与热毒蛾风，还有化脓性扁桃体炎又称烂蛾风。慢性的在习惯上称为阴虚蛾风，是不恰当的，因为真正由于阴虚而致的实际上为数甚少，而且由阳虚而致者也不多，因之直呼为慢蛾风，更为精简明确。

中西医名称对照，大体上是：

急性充血性扁桃体炎 { 卡他性、滤泡性 } 风热蛾风；{ 隐窝性、实质性 } 热毒蛾风

急性化脓性扁桃体炎 { 隐窝性、实质性 } 烂蛾风

急性扁桃体炎，常指腭扁桃体炎症而言，往往同时还有一定程度的咽粘膜及其他咽淋巴组织的炎症，但重点在于腭扁桃体。

【临床表现】

充血性扁桃体炎起病较急。初起时咽部有干燥或烧灼感，旋即疼痛，痰涎增多，有刺激性咳嗽。全身症状，有高热(在儿童更高)，头痛，食欲不振，四肢疼痛等。当咽部疼痛剧烈时，妨碍饮食，疼痛并可放射到耳部。检查可见，扁桃体肿大，粘膜弥漫性充血，甚至腭弓和悬雍垂明显水肿，严重的可致软腭也充血肿胀，咽后壁淋巴滤泡及咽侧索红肿。颈部颌下淋巴结肿大及压痛。其中轻型一类，为急性卡他型及滤泡性扁桃体炎，其主要病变在扁桃体表层。严重的一类，为急性隐窝性、实质性扁桃体炎，主要病变在扁桃体小窝甚至实质。所以两者的轻重是十分明显的，大多区别在风热与热毒之间。有急性热病的同时，出现扁桃体肿大及疼痛充血等炎性症状者，即可诊断为本病。

化脓性扁桃体炎多发于春秋两季，发病对象青年最多，少年儿童次之，50 岁后的很少见。患者全身不舒，恶寒高热，头痛，体温常可升至 38～40℃。局部疼痛开始于一侧，随之两侧俱痛，而且很严重，常可引起耳痛、耳鸣、失聪，下颌角淋巴结肿大及疼痛。白细胞总数及中性白细胞均增高。

局部除具备了充血性扁桃体炎所有现象外，隐窝内分泌物特多，因之融合成膜状的一片，所以称之为“烂蛾风”。扁桃体肿大、充血、疼痛，表面附丽一层污物。唯此膜决不超越出扁桃体本身范围之外，这是与白喉最大的区别。

【病因病机】

风寒：《喉科秘旨》：“此病因风寒而起”，“凡伏寒之症”。

时邪：《喉证明辨》：“肺经积热，受风邪凝结，感时邪而发生。”

风火相煽：《喉科金钥》：“风火相煽。”

风温：《疡科心得集》：“风温客热，化火循经上逆。”

热毒：《咽喉论》：“火毒。”《秘传喉科十八证》：“热毒积于血分。”

肺胃郁热：《喉科指掌》：“肺胃郁热。”《喉科心法》：“无非积热所致。”

气管受邪：《喉科金钥》：“左气管受邪患左蛾，右气管受邪患右蛾，左右气管受邪患双蛾。”

其实，临床上所见极为简单，仅有两型：风热蛾风，时邪外感，直犯肺胃，上凌咽喉。热毒蛾风，内伏郁火，或为风热所化之火，或两者兼而有之。

【辨证论治】

风热蛾风，邪从外袭，故而有种种急性热病的全身症状。局部的扁桃体，主要为肿大及充血，从Ⅰ°到Ⅲ°，但它的严重与否并不决定于肿大程度，此时扁桃体周围的粘膜也有一定程度的充血。舌苔薄腻或白或黄，脉大多为浮为数。

热毒蛾风，全身症状较前者为重，常出现便秘等症。局部扁桃体除上面所有症状外，在小

窝开口处常有分泌物外溢，呈点点白色，故有帘珠之称。舌黄苔，脉洪、大、数。

·内治·

时邪外感，直犯肺胃者，大多舌苔薄黄或薄白，脉浮数，当用疏邪解表一法。如属风寒的用辛温解表，常用代表方为六味汤。常用药：荆芥、防风、薄荷、桔梗、蝉衣、大贝母、甘草。如属风热的用辛凉解表，常用代表方为桑菊饮或银翘散之类。常用药：桑叶、菊花、桔梗、连翘、银花、芦根、荆芥炭、竹叶、甘草等。

内有伏热者，大多舌苔黄腻，脉大、洪、数，当从清热解毒入手。常用代表方为加减清喉汤或六味汤中加用清热解毒药。常用药：桑叶、牛蒡子、荆芥、杏仁、大贝母、玄参、天竺黄、菊花、黄芩、山栀等。

化脓性扁桃体炎当峻剂清热解毒，常用方有清咽利膈汤，黄连解毒汤也可取用，甚至犀角地黄汤等。如其出现干黑舌苔，更有伴以心烦不安，大便多天不解者，可用峻剂通便，常用代表方有大承气汤，所谓釜底抽薪。常用药：银花、连翘、芦根、竹叶、大黄、蚤休、丹皮、射干、甘中黄、黄连、黄芩、山栀等。便秘者，用大黄、元明粉、番泻叶等。

·外治·

一般轻症，用月石散或冰硼散；重症，用吹喉去腐散或通用消肿散；后期用中白散。化脓性扁桃体炎在高峰时可取用锡类散。

·其他·

用三棱针，直刺少商、商阳穴，放血。每日一次。

【转归与预后】

一般预后良好，唯化脓性愈后可以留有疤痕。凡无并发症者，多在 5～7 天内逐渐痊愈，化脓性时间则较长些。

局部并发症，最多为扁桃体周围脓肿，全身并发症有风湿性关节炎、心内膜炎或肾炎等症，而化脓性扁桃体炎有时可导致败血症。

急性扁桃体炎痊愈之后，如若发作频繁者，可以考虑切除，这样并发风湿性关节炎、心内膜、肾炎的机会大大减少。不过近来也有学者，不主张切除，因为它是人体比较重要的免疫器官。

慢性扁桃体炎

本病在临床上最为多见。在儿童多表现为扁桃体异常肥大（生来即有的肥大，可以不必作为疾病来论治），在成人，则表现为炎性症状。发病年龄，一般以 7～14 岁儿童为多。发病率，两性差别不大。本病因为是一种常见的多发病，所以不容易引起人们重视。

根据病理变化来分型：一为木蛾；二为石蛾；三为落井乳蛾，统称死蛾。

【临床表现】

一般患者，都容易感冒，伴有气管炎。在不发作的间歇期间，往往无明显症状，即使达到Ⅱ°～Ⅲ°，也没有特殊的感觉。仅仅有时有些异物感、刺痛感或阵发性咳嗽等等。有时可以有些口臭，如其隐窝内有干酪样脓栓积留者更为严重。有时扁桃体肿胀过大，则产生咽部堵塞，吞咽不利，呼吸失畅，言语欠清和熟睡后有鼾声等等。由于久病拖虚正气，所以可以引起头痛、泛恶，四肢乏力，容易疲劳等等。甚至使幼小婴儿发育受到影响。

除以上共性之外，木蛾、石蛾、落井蛾三者也有其各异之处：木蛾，扁桃体最肥大，突出于腭弓之外，最大的两侧可以相接触。色呈淡红，质地较柔软。本病主要发生在儿童，但大多数

是生理性，以后可随年龄的增加而逐渐退化。石蛾：扁桃体间质内有纤维组织增生，继而因纤维组织的收缩，使它体积收缩，淋巴组织萎缩。因其不大且韧硬结实，故喻之为石。落井乳蛾：主要病变潜伏于扁桃体位置的深处，因病理性萎缩收小，致不外突出来。以上三者，很容易急性发作。发作时也有高热等一切急性症状，但其程度与病程或可略逊于第一次发作。

扁桃体长期肥大，反复发作者，可以考虑本病。其他如消化不良，营养障碍，头痛乏力，慢性贫血，低热，以及小儿发育迟缓等等，往往也是本病的并发症。

【病因病机】

先天：《喉科秘旨》："此症因胎生本原不足所致。"

痰：《疡医大全》："三经之痰证，尽阻塞于咽喉，结成火毒而不可解。"

火：《洞天奥旨》："蛾疮，……而火则一也。"

饮食所伤：《咽喉脉证通论》："因酒肉热物过多，热毒积于血分。"

肝火痰结：《喉科杓指》："肝火痰结。"

血热：《秘传喉科十八证》："热毒积于血分。"

瘀：《喉科秘钥》："乃肝火老痰，结成恶血。"

酒色：《咽喉经验秘传》："多因酒色，郁结而生"。《类证治裁》："多因酒色郁热而生。"

情志郁结：《焦氏喉科枕秘》："气恼郁结不伸而起。"

疲劳：《重纂包氏喉证家宝》："劳力气恼。"

愤怒：《喉科紫珍集》："此症因受怒，郁结而起。"

虚火上炎：《疡科心得集》："亦有虚火上炎而发者。"《疡医大全》："乃肾火不藏于命门，浮游于咽喉之间。"

肾虚：《咽喉脉证通论》："房事太过，肾水亏竭。"

升降失度：《谦益斋外科医案·孙案》："阴不上乘，阳失下降。"

阴虚阳亢：《石室秘录》："凡人肾水大耗者，肾中元阳不能下藏，盖无水以养火而火必上越。日日冲上，而咽喉口小，不能任其出入，乃结成肿痛，状似双蛾。"

临床实况一般多为急性扁桃体炎未得适当治疗或由于经常反复发作所致。其中木蛾患者，在少数病人中具有遗传因素，往往一家人都患有此病。其病因，以下两者为多见：① 禀赋不充，气血双亏，致痰浊凝滞难解而木然僵肿。这以儿童为多。② 正气虚怯，邪毒留恋不去，所以长期难解而木然僵肿。以成人为多见。

【辨证论治】

禀赋不充者，很少有自觉症状。局部不充血，经常可见咽后壁淋巴滤泡为团块状增生。大多面色皖白，手足少温，容易感冒，不喜运动。舌质淡白、嫩而胖，严重的舌边有累累齿印，脉软。

正气不充，气血双亏者，大多有疼痛感。局部充血为晦暗型，有分泌物。全身症状为心烦善怒，咽干口燥，容易疲乏，急性发作频繁。脉细数，舌无明显表示。

·内治·

两者基本上都需气血双补，常用方有八珍汤、十全大补汤之类。常用药：太子参、白术、陈皮、炒白芍、归尾、桔梗、挂金灯、甘草，也可用益气升清化痰一法，常用代表方有六君子汤、参苓白术散、补中益气汤之类。常用药：黄芪、党参、白术、六曲、大贝母、毛慈姑、天竺黄、桔梗、甘草。

不过，此病内治服药，疗效难以使人满意。故而在急性发作时，才考虑药治。

·外治·

目前,还没有发现较为有效的药物,在急性发作时例外。

以本病来说,手术是主要的治疗而不是辅助。常用的有:① 扁桃体摘除。② 烙灼法,取用已久,而且效果很好,没有副作用。(参阅总论·第九章·第三节·烧灼法)

【预后与转归】

一般药治(指内服药),效果殊难满意,所以许多学者,都主张摘除,但近来愈来愈多学者,都反对摘除而主张保守疗法,认为扁桃体全部摘去,可使机体的生理平衡发生紊乱。故而目前又倾向于中医的烧灼法。它既有摘除的效果,而无摘除的副作用。

如任其反复发作,常可引起其他疾病的继发,则摘除一途不能不加考虑。

【预防与护理】

(1) 急性发作期间护理与急性咽炎相同。

(2) 在摘除手术期间,按术后护理常规处理。

(3) 多吃芋艿、慈姑、荸荠、海带、海蜇等食物,因其具有促使扁桃体退化和萎缩的作用。

第十三节　扁桃体结石

扁桃体结石,传统名称为石蛾。西医认为扁桃体隐窝或其他腺窝内有钙或镁的磷酸盐或石灰酸盐的积聚,则即成结石。

中医称为石蛾。《喉科泄秘》解释谓:"白而硬者,石蛾也。"的确,这种结石,是色淡而坚硬。《谢映庐医案》的"鬼齿",也是本病。但它的原文是"舌下另生一齿,大如枣核,摸之棱指,按之似痛,……敲之即散(碎),外黄内白。"那可能是舌腺结石而非本病。

【临床表现】

本病除具有慢性扁桃体炎各种症状之外,并无特殊症状。若合并感染,则有疼痛、耳痛及吞咽困难等等。因常有臭味的分泌物,故而口腔中长期产生怪味及客观性臭气。

检查可见,结石的存在,常为一个,但也有多个者,从米粒到小核桃大。扁桃体有充血现象或有流脓的小瘘管,待少量稀薄脓性分泌物流出后,即可看到黄色或白色结石体。如用探针探测,则有硬物可触到,这就是结石。有时埋藏较深,故《喉科秘钥》谓:"此症生乳蛾地位,少进寸许。"

如扁桃体或舌腭弓处有肉芽增生或流脓窦道,可触及沙沙声的硬物,大多为本病。有时可借助于X线摄片以证明本病。

【病因病机】

先天:《喉科指掌》:"或胎生,或因本原不足。"

禀质衰弱:《喉科秘旨》:"小儿形气未充,脏腑柔弱,易为外邪所感,……凝结不散。"

痰:《喉科金钥》:"乃肝火老痰,结成恶血。"

人体无处没有营血、津液的存在,用以濡养全身机体。在正常健康情况下,气血冲和,正气充沛,总是运行不息,生气盎然。一旦五脏违和,尤其是肝胆郁火,能使气运失常,于是血滞则为瘀,津败液腐则为痰。痰之顽者即老痰、结痰之类,滞留一久,结成硬物。故而《喉科秘钥》:"肝火老痰"一语,是一语中的。本病一般预后良好。

【辨证论治】

在局麻下,将扁桃体隐窝扩大,然后用镊子或钳子取出,喷以珠黄散。伴发慢性扁桃体炎

者，则在不发作期间处理扁桃体炎，从而使它自行消失。一般内治服药，无效。

【预防与护理】

（1）长期保持口腔洁净。

（2）戒除烟酒。

（3）有慢性扁桃体炎者，积极治疗。

第十四节　咽扁桃体肥大

中医历来就没有这个病种，当然谈不到专用病名。中医习惯上把症状来作为疾病名称，所以本病绝大多数混在“鼾眠”、“鼻塞”中来论述。如《诸病源候论》的鼾眠；《太平圣惠方》的鼻痈（通壅字）；《圣济总录》的鼻塞、气息不通、齆鼻以及《普济方》的许多鼻病中不少为本病。

【临床表现】

因病灶在于鼻咽顶部，所以主要症状就以此为中心而放射到其周围邻近组织。局部的有：鼻：长期阻塞，流涕量增多，中隔弯曲。有的前庭及上唇皮肤长期受到鼻涕刺激，多有皮炎或湿疹。正因为鼻塞不通，所以发音的共鸣失济而言语重浊不清，呈阻塞性鼻音。耳：听力减退。耳鸣也伴随而来。易并发卡他性中耳炎或化脓性中耳炎。咽喉：因鼻咽部分泌物下流及张口呼吸的影响，可以引起咽炎、腭扁桃体炎、喉炎与气管炎。甚至影响消化道造成消化不良。颈：颌下、颈侧及枕部的淋巴结，往往肿大。面部表情：因长期口式呼吸，可影响面部发育。常为鼻唇沟消失，上切齿突出外露，上唇高翘，眼神冷漠迟钝，故有“腺体样容”之称。

全身性的有：发育与营养状况较差，瘦弱，食欲不振，性情急躁而欠活泼。因肿物的堵塞而引起睡觉不酣，易醒。有打鼾声，也有磨牙者，多伴有哮喘或遗尿及智力低下。

检查所见：口咽部硬腭变高变狭，常伴有腭扁桃体肥大。口咽部可看到鼻咽顶后壁有增大的淋巴组织，像剥了皮的金橘。鼻咽部指诊，触到柔软块状物。

【病因病机】

《诸病源候论》：“鼾眠者，……眠里喉咽有声也。人喉咙气上下也，气血若调，虽寤寐不妨宣畅。气有不和，则冲击喉咽，……迫隘喉咽，涩而不利，亦作声。”

每个人机体的生长代谢，都是依靠正气来进行的。儿童时期肿大的咽扁桃体能随着年龄增长而退化萎缩，正是身体健康生长的正常表现。如其禀质不充，天赋荏弱或后天失养，则扁桃体无法按自然规律退化、消失，所以用一句精简的术语来说，是虚。如及时治疗，预后良好。

【辨证论治】

虽谓禀质不充，但其中也有实证。凡营养较佳，发育正常，没有明显的虚羸象者，偏之于实证。与之相反，体质瘦弱易生病者，当然以虚为主，痰浊次之。脉诊与舌诊，是颇有辨证的参考价值。

·内治·

实证：以消痰软坚为主。常用代表方有三子金灯汤。常用药：苏子、莱菔子、白芥子、挂金灯、桔梗、山慈姑、六曲、甘草。

虚证：以益气化痰为主。常用代表方有四海六君子汤。常用药：海藻、昆布、海浮石、海蛤壳、太子参、白术、茯苓、法半夏、桔梗。

此外，药食同源，尤其是儿童进药困难，运用食疗也是一个较好的办法，其中以荸荠为最

理想。每天约吃200克左右，调味不论淡的、甜的、咸的、干蒸、炖煮、烧汤都可。连服3～6个月。次之为慈姑，因生长时间不长，四季难以为继，而且无法调味，仅仅煮熟淡食，还有海带、海蜇等，也是本病很好的药用食物。

儿童年满4岁以上，可以手术摘除。但手术容易损伤软腭而引起软腭麻痹，或引起耳咽管口闭塞并发卡他性中耳炎，也可能损伤咽壁，造成疤痕过多而致咽部干燥，而且有些病童不能好好配合所以不能服药内治。保守疗法，以用食物疗法，最为稳妥。

第十五节　扁桃体周围脓肿

扁桃体周围脓肿，传统名称为喉痈。后又有猛疽、痈喉、喉痈、喉内生疮、咽喉生疮、嗌痈、喉内痈毒、咽中悬痈、喉中发痈、喉卒痈肿、七情痈、舌根痈、喉杵、松子风、双喉痈、气痈、积热喉痈、喉疔、搔舌痈等名称。

本病是中医的喉痈，但喉痈不等于本病。中医的喉痈，可包括扁桃体脓肿、扁桃体周围脓肿、舌扁桃体脓肿、咽后脓肿、咽旁脓肿等，有时还可把咽壁或咽间隙化脓性感染也包括在内。

虽然中医常以喉痈来代表咽部许多种脓肿，但有些文献，也予以仔细划分的，如喉痈、悬痈、关内痈、关外痈、斗底痈等等。因不论哪一种脓肿，除了所在位置不同外，其余的病因、病机以及治疗，完全相同，而且许多咽部脓肿中以扁桃体周围脓肿，最为多见，所以仅讨论本病。

本病是发生于扁桃体的结缔组织和咽缩肌之间的一种局部化脓性感染。此病发病率颇高，尤以青壮年占多数。10岁以下儿童与老年者少见。男性多于女性。一般多为单侧性，两侧同时发病者，笔者在60多年中仅仅遇到2～3例。发病季节以春、秋两季为多。

中医对本病的认识很早，在《灵枢·痈疽》篇中，就已述及。

【临床表现】

在本病形成之前，一般都有扁桃体急性炎症。若急性扁桃体炎经过4～6天后，非但没有好转减轻而反见加重，特别是疼痛集中而加剧，吞咽更觉困难者，应该就考虑到本病，它的特征是：

疼痛：疼痛明显地出之于一侧，集中而尖锐，常可放射到同侧耳部。由于剧痛，所以不想言语和进食。入睡后，也常因反射性吞咽动作引起剧烈锐痛而惊醒。一待化脓成熟切开或自溃泄脓之后，疼痛很快地缓解或消失。

肿胀：舌腭弓上段及患侧软腭明显红肿隆起，可把扁桃体遮盖。扁桃体也可充血，常被推向内下方，表面有时覆有脓性渗出物。悬雍垂红肿，也被挤到对侧而歪斜。严重的也可引起呼吸困难。一般在3～5天后，就成脓而波动。如不切开，也能自行溃破。

言语不清：因严重的肿胀，咽部狭窄，舌根与软腭运动受限制，加之涎唾增多而大量积潴，所以言语很不方便，似乎口中含有东西，发音不清。

饮食困难：肿胀严重，软腭、舌根活动受限制，失去了协助吞咽动作功能，往往在吞咽食物尤其是流汁时，部分窜入鼻腔，部分拒不接受，最危险的是流入气管。中医习惯上称之为“呛食”。

面呈急性病容和颈项假性强直：面呈急性病容，有痛苦表情。颈部因疼痛而不敢活动，头部转动时势必连肩部一同转动。头偏向患侧，并稍有前倾。少数还有牙关紧闭，开口不到

一指，甚至更小，使检查增加困难。

其他：在同侧颈部或下颌，可以扪到淋巴结肿大，并有压痛。

至于全身症状，有高烧、畏寒、头痛、全身不适，食欲锐减，大便干结，小便短赤。最严重的，可以出现衰竭现象。

脉象多为洪、大、数、弦。舌苔也大多为黄腻、糙黄腻，严重的也可出现灰黑干苔。

白细胞总数，可达 10～25×10^9/L。

检查可见，舌腭弓上段及软腭，明显红肿隆起。悬雍垂水肿，偏向健侧。扁桃体推向内下方。如脓肿位于扁桃体后上方，则咽腭弓红肿，扁桃体被推向前内下方。

如欲明确脓液有无，可在最隆起处穿刺抽吸。

诊断并不困难。凡剧痛在一侧，隆起的肿胀使病侧上腭呈蛙腹状，内侧耳深部疼痛，讲话含糊不清，语音重浊，进食困难，饮水倒呛，面有急性病容及颈项假性强直者，即可考虑为本病。如再加以白细胞总数与中性增高，更无误诊可能。

【病因病机】

风热：《疡科心得集》："其感风热而发者。"

积寒：《喉科指掌》："积寒在内，外感时邪。"

重寒直折：《喉科指掌》："着寒太重，肺脏闭塞。"

肺脾积热：《喉科指掌》："肺脾积热而生。"

胃火：《喉科紫珍集》："胃火上冲。"

风火或风寒：《喉科指掌》："有红者风火，无红者风寒。"

肝胃火毒：《喉证明辨》："此足厥阴肝、足阳明胃二经火毒，上冲所致。"

心小肠积热忧愤：《喉科集腋》："手太阳、手少阴经积热，忧愤所致。"

热：《喉科秘本》："肥人性燥感热者，多生。"

毒气：《疡科大全》："心肝火炎于脾肺，毒气攻喉。"

饮食所伤：《喉科泄秘》："遇食辛辣炙煿，厚味醇酒，感热而发。"

误食死物：《喉症全科》："食秽恶、自死禽兽等物所致。"

恼怒：《咽喉脉证通论》："因恼怒伤肝，肝血不和，以致肺气壅塞，火炽上升，发于喉间。"

七情：《囊秘喉书》："七情所郁而生。"

临床上大多出于肺胃热毒：其一，为肺经积热，复感风邪。风热相搏，产生痰浊。终致风、热、痰三者杂凑而致。其二，为遇食辛辣厚味或遇饮醇酒、热性食物，以致阳明积热化火，上凌清道而致。总的说来，不外乎肺胃两经的热毒所致。

本病一般来势凶猛，如能及时治疗，适当处理，预后俱属良好。如其失治、误治或护理失当，大有可能召致毒邪内陷，直犯心包而死亡。

【辨证论治】

初期：大多表证明显。如凛寒严重，疼痛不剧，舌薄苔，脉浮紧者，是风热为重点。但应当注意，这是指原发性而言，如为急性扁桃体炎的继发性者，则无此时期，可直接进入中期。

中期：为病情趋向高峰的阶段。此时疼痛加剧，甚至呈跳痛，局部的红肿也更严重，言语的失清也达到极点，常因不能进食而出现衰竭现象。舌苔黄腻，也可能出现干黑苔，脉实、大、数、弦。这是热毒内陷，如其胃火特旺，则症状更加严重。

后期：指不论切开或自溃之后，经过大量的脓液泄出，不论全身症状或局部症状，在短暂的时间里较快的缓解衰退，如能进食则神气也从衰竭中恢复过来，舌脉逐渐恢复正常。

在一般化脓性疾病中，常有因正气过虚而久久不能愈合者，在中医习惯上称为“溃疡”，但本病一般不会发生。

·内治·

初期：以疏风清热为法，但因这个时期很短（这是指原发性而言），如不能及时采用疏风清热之剂可立即取用仙方活命饮。此方因具有破瘀利气，消痰清热作用，且还有解表药在内，能使困束的毒邪，网开一面，可以更快地外泄。但这个阶段也很短暂，至多两剂。如能消散（吸收）的话，两剂可以解决。否则即使再多用，也属徒然。常用药：银花、白芷、天花粉、归尾、赤芍、山甲、大贝母、没药、芦根、桔梗、甘草。

中期：以清热解毒为主，常用代表方有银花解毒汤、黄连解毒汤之类。如大便闭结，也可酌用清咽利膈汤，甚至大承气汤。常用药：银花、黄连、黄芩、山栀、大黄、蚤休、桔梗、甘中黄等。

后期：已大毒外泄，余邪残存，所以可用清热排脓法，使残邪清肃。此时已不宜苦寒剂，当以甘寒为妥，如五味消毒饮之类最适合。

在理论上中医对痈疽的后期，都要用扶正法，但本病决无溃而不敛的情况，所以并不强调创口不愈合而用补法。当然，正气衰弱者，还是必须扶正的。

万一出现败血症，当用犀角地黄汤。如神识迷糊者，加紫雪丹（散）4.5克，分3次吞服，一天服完，或安宫牛黄丸，每天2粒，分2次化服，不能进服者，鼻饲。

干老在初期取用仙方活命饮，60年来，一直感到非常得心应手。凡起病后在24小时以内取用者，消散（吸收）率可达100%；48小时内80%；超过72小时无效。

·外治·

初期，脓肿尚未形成之际，喷通用消肿散，每天4～5次。喷后保留在咽部的时间愈长愈好。最后因涎水过多而无法承受时，即可吐出，切忌吞咽。

中期脓肿已形成，当予以切开引流。在过去限于条件，所以常用的为喉枪或笔刀。现在是于粘膜表层予以丁卡因溶液涂布或喷射，必要时还可注射普鲁卡因溶液，待其麻醉之后，在最隆起处切开粘膜与粘膜下组织，深约1厘米，再插入止血钳，进入脓腔，扩张切口，直至脓液排尽。

中医取用的引流物，是用绵纸捻制成的药线（又称纸钉、药钉、捻子）。长5厘米，中央对折，然后又将两个末端折成90°的弯曲，呈“V”。擂上锡类散，插入脓腔，弯折的两末端，暴露在外。但常因流淌脓液、涎水，或言语、饮食、吞咽等动作而脱落，则即以新的再予插入。否则，创口非但容易粘连闭锁，而且排脓难畅。待脓腔缩小到不能再插药线时，即撤去药线，改喷珠黄散。

【预防与护理】

(1) 海鲜发物、助火、动风、生痰、刺激性的饮食严忌，宜进流质或半流质饮食。

(2) 尽量禁声。

(3) 疼痛到无法承受时，可针刺或自己手掐合谷穴，两侧交替。

(4) 认真上药（喷药）。

(5) 切开或自溃后24小时内，应静卧休息。必要时取头低脚高位，以利脓液的畅泄。

(6) 溃后24小时内，严密观察创口有无出血。如有出血，应及时处理，以防大出血。

(7) 插在创口内的药线，注意不能脱落，一脱落即插新的。

(8) 如果口腔不干净，可取硼砂溶液或银花甘草汤作漱口剂，频频漱口。

(9) 在创口愈合之后，最好忌食水族鱼腥物两周，否则后遗口臭。

(10) 本病始终要注意保持大便通畅。

第十六节　咽角化症、扁桃体角化症

咽角化症、扁桃体角化症，传统名称为鱼鳞风。本病古文献中，未见到其专论。因其星星白点，貌似假膜，所以经常可混淆在烂喉痹、烂喉风或烂乳蛾一类病种里论述，甚至视为"奇病"或"恶疮"。

《普济方》的"上焦有热，咽喉生疮，赤根白头"一症，很像本病。因其角化点星星点点，为白色头周围粘膜的红色陪衬，故谓赤根但因叙述太简，无法进一步证实。

【临床表现】

本病多发生于扁桃体表面，但咽扁桃体、舌扁桃体及咽后壁的淋巴滤泡上也常显示出有病变，间可延及喉部。首先发现咽部有白色或淡黄色颗粒状小点。如其出现在咽部，可能有不适感或异物感。如发生于舌根部者，可刺激会厌软骨而产生咳嗽。以上病变能在数星期内自行脱落消退，但也容易再发作。也有的为期很长，可维持几个月之久，甚至几年者。

局部检查可见扁桃体隐窝口及其表面，有孤立性的小突起物，呈乳白色或淡黄色，大小从针头大到米粒大，突出于表面。顶端有尖韧感。用探针或压舌板触之，性质坚硬，且不易除去。与扁桃体的渗出物绝不相同，周围粘膜并无充血等炎性现象。本病多见于女性。因无一切自觉症状，所以大多在检查时发现。

在咽扁桃体上，有白色或淡黄色的坚硬如米粒大的栓塞物，呈点状孤立存在。这种栓塞物一半深埋在内，与基底紧密粘连，一半暴露在外，周围组织无病变可见者，即可诊断本病。

【病因病机】

本病多为反复感受风热之邪，致脾胃湿浊上蒸，熏蒸咽扁桃体，使隐窝口闭塞不通而成。

【辨证论治】

角化点偏黄，有口臭，或有异物感者，属胃经湿浊。角化点色白，一无感觉，大便偏稀者为脾湿内生，湿郁化浊，浊气上凌清道而致。舌诊、脉诊，无参考价值。

·内治·

实证，清胃化浊，可用藿香正气丸或用车前草、芦根泡茶代饮。常用药：藿香、佩兰、苏叶、桔梗、陈皮、茯苓、白芷、甘草等。

虚证，健脾胜湿，可用参苓白术散。常用药：太子参、茯苓、白术、白扁豆、陈皮、桔梗、六曲、甘草等。

·外治·

如为数不多者，可将角化栓逐个拔除，再喷以冰硼散或绿袍散。

【预防与护理】

(1) 少吃辛辣品及戒烟酒，多吃容易消化的食物。

(2) 注意口腔卫生。

(3) 保持大便通畅。

第十七节　喉源性咳嗽

这个病名，不论在中医或西医的文献中都没有见过。第一次出现于 1989 年光明中医函授大学教材干祖望所编著的《中医喉科学讲义》中。这种咳嗽，40 年前并不多见，近因成药盛行，特别在剂型改革中，强调调味，重用糖浆。很多病家不论什么感冒、咳嗽，不知解表，只懂止咳，于是频频进服含有重糖的止嗽剂。终致浮邪不泄，兽困肺经，从此即干咳难止。因糖不但能助湿生痰，更以其阻遏体内诸邪难以外泄的流弊，为害最大。

本病特点是咽喉作痒之后即咳。咳时很不爽快，而且连续地咳而不息，除非饮水，否则难以休止。少痰，无全身症状。胸部 X 线检查无异常，有时显示肺纹理增多增粗。病程漫长，几个月至几年。

【临床表现】

阵发性喉头奇痒毛涩，随之即作干咳，呈连续性，甚至痉挛性。自觉咳的起点在声门之上连续不断地咳，越咳喉头越不舒服与一般咳后即感舒服者绝对不同。同时，一经作咳，即难休止，很少有痰。这样干咳，每天常有 7～8 次之多，严重的可以一小时内十多次。少数患者，发音嘶哑。胸透无异常，至多为肺纹理增粗增多。局部检查，咽峡或声带有轻度充血，此乃在狂咳中受到冲激而致，嘶哑也为咳嗽所伤。

【病因病机】

伏邪不泄：《证治汇补》："外感风寒，概应温散，不知久则传里，变为郁咳。"

相火：《罗氏会约医镜》："兼内热有火者，须保真阴，壮水自能制火。"

临床实况是：实证，由于感冒外邪，失于疏解。再进甜味药品，以致浮邪不泄，兽困于肺经。虚证，相火偏旺，浮越上凌。还有由于慢性咽炎的干、痒等刺激而导致者。

【辨证论治】

邪伏肺经者，必然病前有感冒史。而且当时治疗并不注意解表祛邪，一心求其速愈而乱投止咳或甜味药物。舌多薄腻，脉无异常。

相火浮越者，常伴有头晕头痛，急躁易怒，颧红掌灼等等。舌红少苔，脉来弦细。

慢性咽炎导致者，主要具备慢性咽炎的所有症状。

·内治·

邪伏肺经者，当再宣肺祛邪。常用代表方有三拗汤之类。虽然是亡羊补牢，但东隅虽失，尚有桑榆之收。常用药：麻黄、杏仁、桔梗、荆芥、蝉衣、大贝母、干地龙、甘草等。

相火浮越，必须潜阳育阴，常用代表方有知柏八味丸之类。常用药：知母、黄柏、生地、丹皮、百合、牛膝、桔梗、甘草等。

慢性咽炎所致者按慢性咽炎处理。

·外治·

吹喷西瓜霜最佳。

【预防与护理】

（1）感冒、风寒咳嗽、风热咳嗽等有浮邪的急性病，总以宣散为宜，切忌收敛遏邪，故禁用糖浆制剂。

（2）既病之后，严禁烟、酒、辣及糖类。

（3）饮食宜低糖、低盐。

（4）其他可参阅“慢性咽炎”的有关内容。

第十八节　喉脓肿、喉软骨膜炎

喉脓肿及喉软骨膜炎，传统名称为喉风。《喉科心法》：“紧喉风、哑瘴喉风、弄舌喉风，此三症，亦缠喉风类也，症候大同小异。因其锁紧咽喉，故名紧喉。因其口紧牙紧，不能出声，故名哑喉。因其舌胀出口不缩，时时搅动，故名弄舌。皆险症也。”根据潘氏（本书作者潘诚）的叙述，完全符合于喉脓肿或喉软骨膜炎。因为喉脓肿是喉的任何一部分粘膜下面局限性发炎而致脓液的积潴，当然可以引起喉头窒息、发音障碍及舌体被挤压等症状。此外，如《咽喉经验秘传》、《喉科秘旨》等书的缠喉风，《喉科杓指》的内外肿喉，基本上也类似本病。

事实上喉脓肿和喉软骨膜炎，是两种完全不同的疾病，但以中医“证”的角度上来看，却不论病因、辨证及论治，都是完全相同的，至于病情的轻重中医也认为它有所不同。

【临床表现】

全身症状有身体不适，恶寒发热，体温升高，甚至高达 40℃　但也有症状轻微的甚至不太明显者。

局部表现：

疼痛：喉部疼痛及压痛，严重的可以涉及耳的深部，在吞咽食物时，更严重，所以《咽喉经验秘经》强调“咽喉疼痛”。

嘶哑及窒息：因会厌显著肿胀，则声音改变。病及声带时，则产生嘶哑失音。当声带受害到一定程度时，使声门缩小，引起呼吸障碍，故称哑瘴喉风。进一步发展，舌体即失去正常运动能力，便是弄舌喉风。

吞咽困难：喉头一病，本身及周围组织产生肿胀，饮食即感困难。

肿及颈外：环状、甲状软骨的病变，可致颈部出现红肿。故而《重楼玉钥》有“外颈红肿至咽喉”、《尤氏喉科秘书》有“颈如绞转，热结于内，肿绕于外”的形容。

颈部与颌下淋巴结多数肿大。

检查所见，常因会厌肿胀而喉部不能全部暴露。如用纤维喉镜，则可见声带广泛性充血。如环杓关节发生强直，则该侧声带即固定不动，也能见到被损害粘膜的脓性分泌物。血检，白细胞数大多增加，中性粒细胞明显增高，常在 80%以上。血沉或可增速。

【病因病机】

时邪：《喉科指掌》：“肺感时邪，风痰上壅，阴阳闭结。”

风痰：《喉科紫珍集》：“风痰壅结喉膈之间。”

痰毒：《喉科秘制》：“聚毒痰涎，凝结而成。”

湿热：《咽喉脉证通论》：“风痰湿热，久积于内。”

心经积热：《喉科紫珍集》：“热毒积于心经。”

心中躁急：《喉科秘本》：“因心中躁急而发。”

阴阳相结：《喉科秘旨》：“阴阳相结，内塞不通。”

酒色劳力：《焦氏喉科枕秘》：“因风热蕴结，或酒色劳力。”

临床实况为热毒之邪较盛，壅结声门而发病。

【辨证论治】

一般都是热毒壅滞，但初期有全身症状者，尚伴有风邪外感，舌苔薄白或薄黄，脉浮数。

疼痛严重，或大便秘结，体温奇高者，则热毒较重，舌苔厚腻而黄，脉来洪大有力。

本病预后尚可，唯需治疗得宜，护理周密，否则也具有一定的危险性。

・内治・

在初起之际，当取清热解毒剂，常用代表方有黄连解毒汤或银花解毒汤，仙方活命饮也可取用，但需除去穿山甲、皂角刺。常用药：防风、白芷、银花、天花粉、蚤休、赤芍、大贝母、桔梗等。有风邪者，加用解表法。痰多者，加天竺黄、莱菔子、胆南星等。便秘者，加大黄、玄明粉。必要时佐服六神丸。如其出现毒陷心包现象，取紫雪丹或至宝丹。犀角地黄汤，也是有效的方剂，可惜药缺难配。

・外治・

咽部用消肿散或开关散。后期改用绛雪散。

颈外可用玄明粉饱和液，作湿罨包。干则频频加水，使其长期湿润。

用三棱针，刺少商、商阳两穴，并挤出紫血少许。

【预防与护理】

参阅第五节“脓菌性咽喉炎”、第十五节“扁桃体周围脓肿”的有关内容。

第十九节　喉　梗　阻

喉梗阻，传统名称为肺绝喉风。

中医自《内经》讨论喉痹之后两千多年来，留下了不少名称，除去清代一些俚言鄙语以外，大致如下：喉痹、马喉痹、咽中闭塞、咽喉闭、聚毒塞喉风、真正锁喉风、呛食喉风、内外喉肿、走马喉痹、内肿锁喉风、匝舌喉风、肺绝喉风、叉喉风、夺食风、鱼口风、走马喉风、紧喉风、弄舌喉风、喉闭、呛喉风、吹舌喉风、风火喉等。由于名称过于庞杂，使人无所适从。所以1960年版《中医喉科学讲义》称为急喉风，并谓“本病因其来势迅速，其急如风，故名”，笔者深表同意。

【临床表现】

呼吸困难：大多为吸气性困难，鼻翼扇动，甚至锁骨上窝、下窝、肋间隙、剑突下窝，都发生吸气性凹陷。一如《景岳全书》所描述的“喉窍坚塞，息难出入，……面青目瞠，伸颈挣命，求救不堪之状，甚可怜也”。这是“喉风十六绝症”中“鼻扇唇青”一绝。

声音改变：常见的为发言无音，所以有“声哑喉”、“哑喉风”等称。在呼吸时可以发出嘟吼声或吹笛声。这是“喉风十六绝症”中“哑喉呛食”一绝。

喘鸣：为吸入的气流通过狭窄的声门而发生的，一般阻塞愈重而喘鸣愈响。这是“喉风十六绝症”中“声如锉锯”一绝。

缺氧：因吸入的氧气不足，不能维持其需要，因之病人即四肢厥冷，面青唇绀，冷汗淋漓等。这是“喉风十六绝症”中的“汗出如珠”一绝。

正气衰竭：经过严重的折磨，终至正气衰竭，阴阳离决。表现于脉诊由细数而到摸不出，呼吸由没有节奏而到慢慢停止，全身瘫痪松弛，终至衰竭而虚脱。这是“喉风十六绝症”中“脉细身凉”、“六脉沉细”和“天柱倒折”的三绝。

假如有办法检查喉部的话，偏重于痰者，披裂、会厌襞都呈严重水肿，青灰色或青蓝色，分泌物奇多。偏重于热毒者，严重充血，分泌物稠粘色黄，偏重于风者，水肿充血，俱不严重，甚至不明显，但纯属风邪为患的殊为少见。

总之，此病发作仓猝，发展迅速，来势凶猛，病情危险。

【病因病机】

风：《景岳全书》："风邪闭塞喉窍。"

风热：《医方类聚》："肺脾二经，积蓄风热，则经络不利，气道壅塞。邪毒之气，攻于咽喉。"

风痰：《喉科杓指》："肺感时邪，风痰上壅。"

风毒：《普济方》："风毒客于喉间，气结壅结而生热，故喉肿塞而痹痛。"

火：《喉科指掌》："此系急症，肝脾火闭不通。"

热毒：《诸病源候论》："热毒之气，结于喉间。"

毒：《奇效良方》："喉关聚毒。"

厚味：《喉科紫珍集》："因食厚味，受风热而起。"

心肺有邪：《喉证明辨》："邪热客于心肺。"

多因素综合作用：《喉科心法》："乃实火为患，脏腑积热，热甚生风。风火迅速，鼓激痰涎，堵塞咽喉隘也。"

喉梗阻的原始致病因素较多，把常见的先天性畸形、喉外伤、喉肿瘤、声带麻痹四者排除之后，常以风、热、痰三因为多，尤其是痰与热毒。所以可以引用《喉科心法》语，谓："乃实火为患，脏腑积热，热甚生风，风火迅速，鼓激痰涎，堵塞咽喉隘也。"

治疗稍有失当或失时，即可引起死亡。现因气管切开术的普遍采用，死亡率已大为减低。

【辨证论治】

凡偏于风者，不论全身症状或局部症状，除呼吸困难之外，都比较轻微。但三者之中偏于风者最少。

偏重于痰者，局部病变以水肿为主，痰涎也多，常可潴留于喉头而增加堵塞。舌白腻苔或滑腻如敷粉，脉多濡滑。

偏重于热毒者，局部必有严重的充血，口中并有浓郁的臭气。全身症状有高热，大便秘结，小溲红赤而少，神烦不宁等等。舌黄腻苔或糙黄苔，脉多洪、大、数。

不过这三者，大多同时存在。而且还相互作用，互为因果而转化，这种转化异常迅速而莫测。

·内治·

治疗本病，重在抢救及时。稍有失当或失时，即可引起死亡，随着气管切开术的普遍采用，死亡率大大降低。

第一要务是解除呼吸困难，只要有一息可通者，即有希望存活。

急救时暂不用汤药。急取雄黄解毒丸吞服。每次 1.5 克，开水送下。必要时每隔 6 小时服 1 次，但每天不能超过 3 克。如此丸预备不多，甚至没有，急用六神丸代替，每次 10～15 粒，6 小时 1 次，开水送服。经过内外施治，呼吸必然暂时缓解可通，然后急用汤剂。

凡偏重于痰者，当消痰退肿以利咽。常用代表方有麻杏石甘汤合蝉衣、马勃、干地龙、天竺黄、胆星等。

如偏于热毒者，当清热解毒，消痰利咽法。常用代表方有黄连解毒汤合导痰汤共进，犀角地黄汤更是有力的峻剂，但目前犀角在配方中常常缺货。常用药：黄连、黄芩、山栀、法半夏、陈皮、茯苓、胆星、枳实等。

如偏于风者，当息风消痰利咽法。常用代表方为导痰汤合三虫散同用。常用药：胆星、法半夏、陈皮、茯苓、全蝎、白僵蚕、蜈蚣、甘草等。

总之，本病的内服药，力求药力猛、见效快，而且还要拿到即用，不能耽误。

除六神丸外，控涎丹也可暂代。用量每次1.5～3克。小儿可用鲜竹沥，每次1～3毫升，每隔2小时1次。猴枣（并非猴枣散），研粉，而且要研细如尘灰，开水送服，每天3次，每次0.3克。

·外治·

外治与内治一样，力争急速。喉科有名的巴豆油捻子烟熏法就专为本病而设。此法：用标本纸（现为采集植物药制作标本的用纸）一张，平摊桌上，把巴豆（去壳）20多粒，平铺纸上。上面再覆盖一张同样的纸。取啤酒瓶置于其上，用力压及滚动，使巴豆压碎出油。当上下两纸将巴豆油饱吸之后，抖尽巴豆渣滓，将纸卷成竹管形。取火点燃其一端，待火势得旺之际，急急吹灭。此时即有浓烟缕缕，即将此烟熏病人口腔与鼻子。病人接受烟熏，即开始作泛而吐，有时拘急的牙关也因之而张开一些。同时更有大量痰涎倾吐涌出，则窄塞的喉肿得以缓解一些。此外也可在两手少商、商阳穴，针刺出血。每3～4小时1次。也可在鼻腔里喷吹开关散，有嚏更佳。

【预防与护理】

（1）严密观察呼吸、脉搏等生命体征，以及是否有烦躁的表现。

（2）取出口中义齿。

（3）周围环境保持安静，光线适宜，空气新鲜通风，但避免直接吹风。

（4）冬天取暖时，热源不宜置于近处，包括空调等。

（5）卧位一般取头高足低位，但不宜在头下垫物品，可垫高头侧床脚。

（6）忌食含糖及脂肪高的食物。

（7）观察大便，注意保持通畅。如有便秘，取灌肠，不忌服药。

（8）不论水剂或粉剂，应少量地徐徐喂饲。在听到药物咽下声之后，再喂第二匙。

（9）牙关紧闭者，可使用开口器，但切忌粗暴操作。

（10）如用鼻饲，水分比例宜多，使吞下顺利。

（11）如发现昏迷，急刺人中、十宣，同时鼻腔内喷开关散。待苏醒之后，再做其他处理。

（12）因难于进食而出现力不能支者，可静注营养液。

（13）极度衰弱者，忌擎拿。

（14）必要时，做气管切开手术。

第二十节　嘶哑与失音

嘶哑与失音，历代名称也很多，如：瘖、无音、失音、瘶、沙、喝、暗、嘶嗄、声破、失声、声嘶、声乾、瘖痖、嘶喉、声散、郑声、喉瘖、哑风、音瘖、卒瘖不清、哑劳、声哑、喑哑之、失音不语、哑喉等。

嘶哑或失音，在西医文献中除《中国医学百科全书·耳鼻咽喉科学》之外，没有其他书籍将其作为一个独立病名而加以专门讨论。但中医则不然，从《内经》开始，一直就作为一个重要病种来研究讨论，仅仅一部《内经》，提到本病的达七八处之多。

《史记·仓公列传》有“使人瘖”的记述，索隐谓：“瘖者，失音也。”《史记·刺客列传》“吞灰为哑”，《国策》也认为“哑，变其音”。至于《后汉书·王莽传》的“莽为人，大声而嘶”的嘶，乃非疾病，不过音色的粗糙失泽而已，否则无法“大声”得起来，证明音调与音量还是正常的。

嘶哑、失音和发音障碍，是有其区别的。因为发音障碍症中尚有舌瘖、失语症包括在内，已不属本文所讨论的对象。《医述》已解释得很清楚，谓："失音者，舌能转运，喉中则寂然无声也。不能言者，舌强不能转运，喉中格格难出，其声自在也。"简单地概括而言，不论喉部功能性或器质性病变而声出异常者，即本病，也即本文所讨论的。由于其他原因导致不能讲话者，称舌瘖，最多见的为中风的失语症。

《张氏医通》："有禀赋不足，不能言者。有乳母五志之火遗儿，重闭清道，不能言者。"可能是儿童迟语，例如唐睿宗时尚书杨元琰及宋太宗时进士杨亿，在童年都不能讲话；或者是先天性聋哑，也都非本文所讨论的。

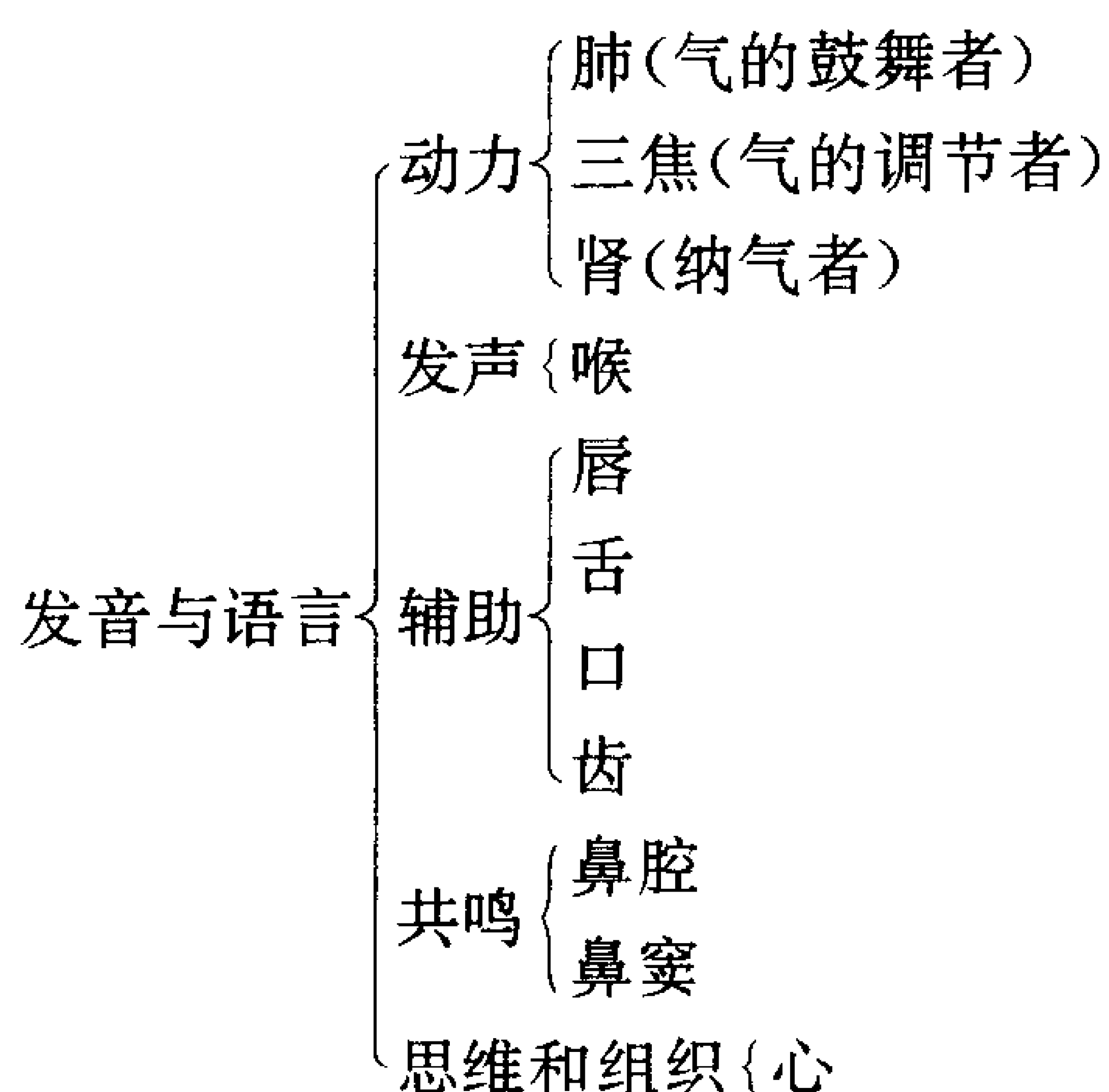
至于正常人的声音也有高有低、有大有小。例如《偃曝谈余》"石崇声似鼓"，以及《古事比》"孙休时，能响言，声闻十数里外"，是声音的高亢者。又如《汉书·王莽传》"大声而嘶"及《齐书·萧坦之传》"语声嘶，时人号为萧哑"，这是音色相当差的了。

《东医宝鉴》把声音支配五行认为"金声响，土声浊，木声长，水声清，火声燥"，在理论上固然言之凿凿，但临床上难以分辨。

《脾胃论》："声者、天之阳，音者、天之阴。在地为五律，在人为喉之窍，在口乃三焦之用。肺与心合而为言，出于口也。此口心之窍开于舌为体，三焦于(与)肺为用，又不可不知也。"李氏已把发音的机制，解释得十分清楚。声音的发出，当然在喉，但口腔的辅助成音，肺的鼓动气流，外腑三焦主持诸气，君主之官心的主宰组织语言，都是不可缺一的。例如《灵枢·忧恚无言篇》的"喉咙者气之所以上下者也。会厌者，音声之户也。口唇者，音声之扇也。舌者，音声之机也。悬雍垂者，音声之关也。颃颡者，分气之所泄也"，以及"则发气疾，其开合利，其出气易。……则开合难，其出气迟"等等，都阐说这个道理。《素问玄机原病式》的"凡诸发语声者，由其形(属体、即器质)、气(属用、即功能)之鼓击也"，则更进一步阐明喉、口、舌、唇、齿等是器质的"体"，三焦与肺是功能的"用"，"体"通过"用"的作用，才能完成一套发言的动作。《东医宝鉴》引《得效》谓："嘶者，喉破也，非咽门病也。"他第一次把咽喉不分家的笼统概念，澄清起来。《医学入门》："齆，鼻塞貌。"《新辞海》："齆，鼻道阻塞，发音不清。"这是由共鸣的失常而造成了阻塞性鼻音，与本文嘶哑，毫无相关之处。《景岳全书》："声音之病，虽由五脏，而心之神、肺之气、肾之精，三者为之主耳。"这是在心、肺之外，又加上了肾在发音方面的职责和作用。

自《古今医统》的"有内热痰郁、窒塞肺金而声哑及不出者，及有咳嗽久远伤气而散者"到《类证治裁》的"夫金空则鸣。失音一症，亦如金实则瘖，金碎则哑"再到"金实不鸣，金破不鸣"致哑八字病机。这八字定律，已沿用了四百余年，现在已远远不能满足于临床上的要求。

根据以上先哲们提供对发音的诸多论说，总结起来一句话，发音并非一脏一腑或单独一个器官所能胜任，需通过不少脏腑及许多临近器官的协作。



根据这个概念，那么本文所讨论的焦点，就是在于“动力”与“发声”两个部分。

【病因病机】

局部感染：《伤寒论》：“少阴病，咽中伤生疮，不能言语，声不出者。”

受凉风寒：《诸病源候论》：“中冷声嘶者，风冷伤于肺之所为也。肺主气，气为阳，若温暖则阳气和宣，其声通畅。风凉为阴，阴邪搏于阳气，使气不调流，所以声嘶也。”

醉卧当风：《类证治裁》：“醉卧当风，邪干肺窍。”

风痰客肺：《张氏医通》：“喉中声嘶者，则又喉瘖，此风痰阻塞，使气道不通，故声不能发而无音也。”

痰：《医学入门》：“痰塞不语。”

痰湿：《张氏医通》：“肥人痰湿壅滞，气道不通而声喑者。”

痰热：《类证治裁》：“痰热额肺，喘急上气，致失音。”

火：《类证治裁》：“火邪伤肺，咽痛声哑。”

湿：《名医类案》：“凡新宅壁皆湿，地亦阴多，人乍来，阴气未散，……毛窍皆开，阴湿之气，从而乘心经。心经既虚，而湿又乘之，所以不能语。”

虫：《存存斋医话稿》：“陆氏子，患咳失音，医治殆遍，不得效。乌程汪谢城孝廉，司铎会稽，因求诊。曰此虫嗽症也，为疏杀虫方，分量颇轻，并命服榧果。旬日全愈。”

酒色：《杂病广要》：“酒色过度，肾脏亏伤，不能纳气归元，气奔咽嗌，……致气乏失音。”

酒肉：《名医类案》：“……食酒肉，遂厥气走喉，病暴瘖。”

饮食伤胃：《古今医案按》：“饮食骤饱，倦卧半响，醒后忽喑哑不言，……劳倦伤脾，饥饱伤胃，阳明之气遏而不升，津液不行，贲门壅涩，语言不能出耳。”

逆风号叫：《类证治裁》：“其逆风叫号，致伤会厌者。”《包氏・喉科指掌》：“迎风损肺。”

惊：《仁斋直指方》：“大惊入心，则败血。顽痰填塞心窍，故瘖。”《鲍氏验方新编》：“因受惊吓，失言不语。”

冬令特别严寒者：《素问・气交变大论》：“岁火不及，寒乃大行，民病暴瘖。”

肺气过实：《张氏医通》：“失音大都不越于肺，然须以暴病得之，为邪郁气逆。”

大肠燥结：《医述》：“大肠之脉散舌下，大肠燥结，热气上蒸心肺，肺与大肠相表里。”

窍闭：《景岳全书》：“实者，其病在标，因窍闭而瘖也。”

多言损气：《包氏・喉科指掌》：“本原不足，诵读太急。”《医统》：“因歌唱伤气而声不出。此不内外因也。养息自愈。”

痛哭叫骂：《张氏医通》："亦有叫骂声嘶而喉破失音者。"

经期失音：《医参》："室女有无故而瘖者，月闭也，亦胞脉绝也，……指瘀血阻塞少阴，通舌本之道也。"

妊娠期失音：《女科经论》："人有重身九月而瘖，此何为也。……胞络者系于肾，少阴之脉贯肾，系舌本，故不能言。"

痰火失音：这里的痰火，专指结核而言，并非上面所言的痰与火。《红炉点雪》："火病失音，唯痰火声嘶，则与诸症大异。何也？以水涸火炎，熏燥肺系，金为火烁而损。"

疠风失音：麻风病古称疠风。《解围元薮》："哑风，此症音哑无声，风邪触于关户，囊钥闭塞，激动痰火。轻则声嘶而喉破，重则语哑而失音。"

结毒失音：这里的结毒，即杨梅结毒，亦即花柳性病的末期。《霉疮秘录》治验第 26 案的"喉闭声哑"，"余谓毒气雍于肺道，以至音声不出"。

误治误药：《临证指南》："久嗽失音，必由药误。麦冬、五味，此失音之灵丹也。服之久，无不失音者。"

后遗症：《景岳全书》："凡患风毒或病喉痈，病既愈而声则喑者，此其悬痈（悬雍垂）已损。虽喑无害也，不必治之。"

邪气：《素问・宣明五气篇》："五邪所乱，搏阴则为喑。"

肝急脏躁：《素问・大奇论》："肝脉惊暴，有所惊骇，脉不至。若喑，不治自已。"

忧思：《景岳全书》："凡忧思过度，致损心脾而为喑。"

过敏性：《金子久医案》："张左。吸入洋油气味，陡然咽喉癣痒，旋即声音失畅，绵延已有二月。"

伤气：《医统》："有咳嗽久远，伤气而散者。"

阳气衰：《脾胃论》："多言之故，皆阳气衰弱，不得舒伸。"

元气不足：《医统》："凡病人久咳声哑，乃是元气不足，肺气不滋。"

血虚受热：《杂病广要》："咳嗽声嘶者，此血虚受热也。"

虚损：《世医得效方》："虚损憔悴，气血不足，失声久喑。"

肾虚：《仁斋直指方》："肾虚为病，不能纳诸气以归元，故气逆而上咳，……则其声愈干矣。"

肝火犯肺：《百病辨证录》："火过于大旺，未免刑金太甚，煅练销烁，唯有化焚之刑。"

肝旺肺燥：《临证指南》："有肺经燥甚，木火上炎，咽干喉痹而喑也。"

津枯血槁：《张氏医通》："久病得之，津枯血燥。"

五脏皆可致病：《医述》："凡五脏之病，皆能为喑。忧思积虑，外而致喑者，心病也。惊恐愤抑，卒然致喑者，肝病也。风寒外袭，火燥刑金，咳嗽而致喑者，肺病也。饥饱疲劳，致败中气而喘息为喑者，脾病也。酒色过伤，欲火燔灼，以致阴亏而盗气于阳，精竭而移槁于肺，肺燥而嗽，嗽久而喑者，肾水枯涸也。"

阴阳俱绝：《难经》："病人阴阳俱绝，失音不语。"

精气内夺：《素问・脉解篇》："内夺而厥，则为喑痱，此皆虚也。"

以上诸家论说的繁多，可证明嘶哑一症的复杂，不是一般只用"金实不鸣，金破不鸣"八个字就可以应付的。这些论点，不能指出某一个是错误的。因为当时医生与医生之间很少联系，更遑论交流了，所以都是但凭一人所见所知而成为"以偏概全"的局面。虽然不能作为今天的指导，但参考作用还是存在一些的。

【辨证论治】

急性嘶哑或失音

大多数为伤风、感冒、急性咽炎的并发或继续，在西医则直接称为急性喉炎而决无嘶哑病名出现。

喉部有发痒、微痛、干涩、粗糙、烧灼及异物感等不舒服感觉，也有无一切先驱症状，很快出现声音嘶哑者，可以从轻度音色粗糙到完全失音。间接喉镜下，可见粘膜充血，声带呈淡红色或红艳色，但也有一片苍白者。闭合大多正常。脉浮数或浮紧，舌苔大多薄白或薄黄。

风寒：风寒之邪外袭，肺先受之，于是郁闭腠理，客于清道，致声门气血双凝，开合不利，卒然声嘶。

风热：既可来之直中，也可风寒转化为热，而使风热客于咽喉。

奇寒直折：至声门生气荡然，音难畅发。

风寒为患，兼有咽喉稍痛、作痒、咳嗽，鼻塞流涕，严重的可畏寒头痛，无汗或少汗。局检，咽峡、声门充血。舌苔薄白，脉浮紧。

风热为患，咽喉伴有灼热感，发热头痛，口干善饮，大便秘结。局检，咽峡、声带充血严重。舌苔薄黄，脉浮数。

奇寒直折者，大多在极度严重着凉之后，卒然言出无声，全身症状一派寒证。局检，一切正常，声带、室带也有苍白者。舌苔白，脉细小。

风寒者，应疏风散寒，宣通肺气，常用代表方有三拗汤加味或加减六味汤。常用药：麻黄、杏仁、桔梗、蝉衣、荆芥、防风、甘草等。

风热者，应疏风清热，解毒扬声，常用代表方有疏风清热汤，再加利咽之品。常用药：桑叶、菊花、桔梗、银花、芦根、蝉衣、玄参、射干等。

奇寒直折者，应温中祛寒，开窍扬声，常用代表方为桂枝汤加细辛、紫苏等，甚至附子。

女子临经失音

临经发音音色失常，往往每次经来必作。本症最多见于从事文艺工作的女性，如报幕员、讲解员、演员等。在月经来过之后，即可自行恢复正常。可以引用《医述》的话，是“瘀月闭也，亦脉络绝也，皆瘀血阻塞，少阴通舌本之道也”。其病机相仿于妊娠。

治疗原则是调经。一般，血热者，清热凉血，常用代表方有荆芥四物汤加减。寒凝血瘀者，温经活血，常用代表方有温经汤加减。气血双亏者，当益气补血，常用代表方有人参养营汤加减。肝气郁结者，当疏肝解郁，和血调经，常用代表方有逍遥散加减。常用药：当归、白芍、柴胡、薄荷、香附、佛手、郁金、木蝴蝶等。

妊娠期失音

中医向称子喑，是妊娠期间尤其是在临产期迫近的时候出现声音嘶哑，甚至不能发出声音。即使不加治疗，分娩后即可恢复。

因胎儿渐长，经脉胞络受阻，因而肾气不营于舌本使发音的功能暂时性的丧失。

一般没有其他病变者，不需治疗。必要时采用养胎益肾等安慰剂处理。

癔性失音

本病多见于青年女性，其发作常是突然的。病人往往受到精神上的刺激或在过度紧张、悲愤、恐惧、忧郁、愤怒及疲劳之后，失去了正常发音能力。即使发出一些言语，也是很微弱的耳语，甚至可到无音的程度。本病常反复发作，有些人也会骤然恢复，但在某种情况下又重复

发作。

本病常在情绪紧张与受精神刺激之后，突然言出无声，也有在早晨起床后失音，仅能使用极微弱的耳语，即中医所谓的郑声。即使使用极大的气力来发音，也不能辨别出说话的内容。但在哭、笑和咳嗽之际，则笑声、哭声和咳嗽声完全正常。检查，在发音时喉结部摸不到声带的颤动感。声带无明显病变，少数病例可呈苍白。呼吸时声带活动正常。发音时，闭合不密。

本病由于心肝血虚，兼以情志抑郁不畅，肝急脏躁所致。它是一种不能自主的脏躁症，所以当取养心安神，和中缓急的甘麦大枣汤为贴切。常用药：甘草、小麦、大枣、酸枣仁、郁金等。同时可用暗示疗法，首先帮助病人树立治愈的信心，了解其思想情况，因势利导，纠正不正确观念，消除顾虑和紧张，打消其消极思想。

另外，可采用针刺疗法，取舌背中线，中后 1/3 处交界的聚泉穴，用三寸毫针斜刺入，然后捻转反轻捣。在针刺时嘱病人发音。也可用火柴一根，划出火后，急吹熄。在尚有红色火焰时急切刺合谷穴，男左女右，每隔 12 小时 1 次。但灼刺处，用纱布保护，以免感染。

声带充血

这里的充血，并非上文“急性嘶哑或失音”的充血，乃指长期嘶哑而并无其他疾病症状的病例而言。无全身症状。发音长期粗砺干枯，发言费力。局检：声带充血，一侧或两侧。未见新生物，运动良好，闭合可正常也可不密。如有粗糙者，当特别小心，谨防癌变。同时两侧室带，可能有增生现象。

本病病因一为五志之火内燃，二为瘀阻声门。凡充血呈红艳者，为五志之火。呈晦暗者，为瘀证。虽然以局检为主，但全身性的四诊，也颇重要。

五志之火，常用代表方有五味消毒饮。如偏于心火的加：茅根、木通、竹叶、灯心草等；偏于肝火者加：夏枯草、丹皮、山栀等；偏于肺火者加：桑白皮、黄芩等；偏于肾火者加：黄柏、知母等；偏于胃火的加：芦根、生石膏、人中黄等。

瘀证，宜化瘀活血，常用代表方有通窍活血汤之类。常用方：三棱、莪术、归尾、桃仁、红花、鸟不宿、落得打、桔梗等。

声带水肿或肥厚

水肿是肥厚的前期，以急性为多。肥厚为水肿的继续或后期，以慢性为多。它可以使发音嘶哑，而同时长期的嘶哑，也可促使它肥厚。无全身症状。局部可出现胀感或紧张感，也可有异物感。发音时费劲而音色闷浊。检查所见，声带肥厚，严重的可呈圆柱状。如其呈鱼鳔样者（水汪汪）为水肿。不过不论水肿或肥厚，有些伴有充血。

水肿，急性为风痰；慢性多脾虚。肥厚，为顽痰凝滞。不论哪一种伴以充血者，参阅上文“声带充血”。不过水肿者，较少与瘀证结合。

风痰证，宜疏风消痰，常用代表方为荆芥二陈汤加白僵蚕。常用药：荆芥、蝉衣、半夏、胆星、茯苓、陈皮、白芷、大贝母等。

脾虚证，宜健脾燥湿化痰，常用代表方有六君子汤之类。常用药：砂仁、党参、茯苓、白术、桔梗、薏苡仁等。

顽痰证，实证当攻坚化痰，常用方有涤痰汤之类。虚证当益气化痰，常用方为六君子汤，为了加强其消痰作用，可加白芥子、天竺黄、昆布、海藻、瓦楞子、百药煎等。

此外，罕见的突发性失音，来势凶猛，喉头痰声漉漉，整个声门水肿严重者，为寒凝痰积，当祛寒豁痰，代表方用桂枝汤合控涎丹。

声带小结

声带小结，是言语过多、两侧声带摩擦频繁使上皮增生角化，间质纤维化及玻璃样病变而形成结节，故而多见于言语过多的各种职业工作者，以及经常狂呼乱叫高喊的男童等。

临床表现为言语长期嘶哑，但并无其他疾病迹象。在长期嘶哑中以声带小结病患者最多。局检，早期可在声带游离缘的前、中 1/3 交接处见到粘膜不光滑，伴有粘液聚集，并有针头样白色突起，大多为对称性。晚期小结硬化，突起明显，妨碍声门的闭合。

多言损气，气损则滞，于是被帅之血当然也有瘀积的可能。声带前、中 1/3 交接处，两声带摩擦的地方最容易受到其刺激，因而也容易角化而成为小结。所以用气血凝滞来说明，还是准确的。

首先要求禁声使声带休息。内服化痰利咽药，如黛芩化痰丸、清音丸之类。常用药青黛、黄芩、半夏、胆星、枳实、瓜蒌仁、蛤壳、海浮石、莱菔子、桔梗等。

必要时，手术除去。

息肉

它是喉部常见病、多发病之一。嘶哑程度，因息肉大小和位置的不同而不同。它往往病在一侧，双侧者极为少见，但也有少数两侧并发者。

临床表现为初起，在声带边缘出现局部水肿，血管扩张。早期常呈红色，之后变为苍白水肿样半透明赘物，多数为单个，有蒂。如为多发性，则嘶哑程度更严重。

病机多为多言损气，气损生痰，久则由无形之痰气，凝成有形之赘物。

小的可用软坚消痰法，如三子养亲汤、消息丸之类。常用药：苏子、莱菔子、白芥子、昆布、海藻、瓦楞子、山楂、莪术等。

息肉大者内服药疗效不佳，摘除为上策。但也有因种种原因而不能手术者，只能服药内治。除以上两方外，《金匮要略》的桂枝茯苓丸也可取用。但需加强消痰，加昆布、海藻、瓦楞子、白芥子、莱菔子、百药煎等化痰软坚药及木香、乌药、青皮等理气药。

单味山楂，也有治疗息肉的作用，但服用的时日宜长。

血性息肉、声带粘膜下出血及血管瘤

用现代医学理论来说，这三种病是截然不同的病种，但以中医理论体系来作准绳，则可以相提并论，因其病因、病机、辨证论治完全相同。

血性息肉，基本和息肉相同。唯一特异之处，乃息肉呈红色或暗红色。

声带粘膜下出血，突然出现发音困难、嘶哑，有疼痛感，不耐多言。局检可见，声带上有不规则的鲜红色、紫红色斑块，似乎附在声带上。之后，逐渐变成深紫、黑褐、棕色、淡黄而至消退。

血管瘤，喉部血管瘤比较少见，大多在声带上。局部检查，可见有蒂或无蒂的红色或略紫的圆形肿物，大小不一。少则平低如斑，多则隆然突起。

病机为败血离经，潴滞膜里。

血性息肉，也以摘除为宜。血管瘤也可手术。唯粘膜下出血，只能采用保守疗法。

药治，取活血化瘀法，常用代表方有通窍活血汤或会厌逐瘀汤。为了加强药力，可再加王不留行、泽兰、苏木、落得打、益母草等较猛的药物。必要时可以考虑䗪虫。

声带闭合不密

在嘶哑病中，声带闭合不密者，为数极多。一般通过药治，多少可以改善，唯中 1/3 处巨大梭缝，药治很难奏效。发音低沉无力。

检查所见，大体上有以下三种类型：① 闭合不紧密。② 前 1/3 处与后 1/3 处，稍感不密或基本正常，唯中 1/3 处有裂隙，呈两头尖中间宽的梭子型，我们称为梭缝。③ 后 1/3 处，呈三角形裂隙，洞开不闭。以上三者，治疗效果以第一种最好，第二、第三种则难获成效。

由于肾合命门，命门为"呼吸之门"、"元气之所系"。肾上连肺脏，其脉上贯于膈，入肺中。呼吸出入与发音，其主在肺，其根在肾。一旦肾气虚怯，不能摄纳肺气，于是声带闭合无能而出现裂隙，所以这种病人，多有脉细无力。

治疗方法，当然是补肾纳气，常用代表方有六味地黄汤，加五味子、诃子肉、胡桃肉、补骨脂等药品，必要时可用蛤蚧。

声带瘫痪

声带瘫痪引起的嘶哑，在临床上也占有一定的比例，但其疗效常不能使人满意。

单侧不完全瘫痪者，主要为患侧声带外展障碍，症状不显著，偶可发音稍低，常在体检时偶然发现。间接喉镜检查，吸气时声带居近中线位，不能外展，而发声时仍可内收使声门闭合。

单侧完全瘫痪者，则外展及内收功能完全丧失。喉镜下见，声带固定于一个位置上不能活动，不能外展，使发音障碍。如其不能内收，非但嘶哑的程度严重，而且经常可使食物——尤其是流质，侵入气管及肺内，甚至可以引起窒息而死亡。

辨证首先区别其虚实，除借助于包括脉诊、舌诊在内的全身症状外，还要观察声带的紧张度。一般松弛外展者多虚，紧张内收者多实。

实证，宗痹证处理，取祛风散寒利湿法，常用代表方有防风汤之类。常用药：蜈蚣、全蝎、木瓜、桑寄生、油松节、白芍、淮牛膝等。

虚证，宗痿证处理，取补益肝肾法，常用代表方有虎潜丸之类。常用药：熟地、龟板、知母、牛膝、白芍、当归、锁阳、续断、金狗脊等。

增生性喉炎与喉厚皮病

这是最难治而又是危险性较小的两个喉科慢性病，常见于一些患有慢性咽炎而又不加注意保养和治疗者。各种外在因素如高声狂叫、嗜烟、酗酒等等，也常是致病的诱发因素。增生性喉炎，症状同一般慢性喉炎，主要也是嘶哑，且在喉部有胀感及难以用语言来表达的不舒服感。局部检查可见，喉部粘膜增生肥厚，两侧室带肿胀如球，常可覆盖于声带上面，遮去其1/3～2/3，甚至声带全部被肿胀的室带所掩没，形成双重声带。

喉厚皮症，比增生性喉炎少见，好发于 30～60 岁的男性。病灶局限于后部，局部可见内杓间区明显隆起。位于声带突者，对称性呈结状隆起。

瘀滞声门，胶凝难化，也有夹杂气滞与痰浊者。充血呈晦暗者，主要为瘀证。充血不明显而呈淡白苍白者，为痰气相凝。如充血红艳者，为急性发作期。

瘀证，宜活血化瘀，但因其顽固，故用药宜峻猛，可用加减三甲散。常用药：三棱、莪术、鳖甲、蝉衣、昆布、海藻、落得打、穿山甲等。偏于痰者，加昆布、海藻及控涎丹。气滞严重的，加木香、乌药、青皮、大腹皮或槟榔等。

喉肌无力症

虽然本病在祖国医学中历来就统归于"喑"，但其性质则并非一般的"喑"症。发音低沉无力，易疲劳。不能发出高音。有时饮食及唾涎常被吸入气管，引起反射性咳嗽。

检查可见，声带内收及外展运动正常，发音时声带松弛而缩短。用力呼吸时，声带可随气流上下而摆动。如用力将环状软骨向后推挤，则音色即好转。

治疗取养血补气生津法来温肌养肉，常用代表方有天真丸之类。常用药：肉苁蓉、当归、山药、天门冬、白芍、阿胶、党参、白术、黄芪、坎炁等。

喉关节炎

患者大多向有多发性关节炎病史，喉部关节也是这种关节炎的一个组成部分，所以也不是真正的"喑"症，是属于"历节"、"痛风"一类的疾病。

主要是喉头产生异物感及疼痛，在吞咽和说话时加重，其痛可沁及耳部。其次是声嘶、气急、喉鸣和偶有喉梗阻症状。一般喉部症状多在其他关节病痛之际或稍后发生，间歇期一如常人。局检可见，声带闭合或外展略受限制。当急性发作时，杓部红肿，声带不能活动。

病因病机为：一般初期的，多为风寒湿邪，侵凌关节，流注声门。久则正气拖虚，肝肾受损。

初期的，应祛风散寒利湿，常用代表方有加减薏苡仁汤之类。久病的，应气血双补，补益肝肾法，常用代表方有三痹汤之类。常用药：独活、秦艽、防风、赤芍、当归、牛膝、熟地、杜仲、乌梢蛇。

【预防及护理】

（1）严格禁声，使声带休息，严禁长时间谈话与高声叫喊。

（2）禁食烟、酒、辛辣食品。

（3）尽量少食重糖和多盐食品。

（4）不宜食过冷和过热的食物。盛夏更忌冷饮，以免阴寒直折，使气凝血瘀更加严重。

（5）服药要有恒心。

第二十一节　癔性咽喉异感症

癔性咽喉异感症，传统名称为梅核气，另外还有喉吩、咽中如有炙脔、梅核气、喉节、回食单、甸气、梅核膈等病名。

【临床表现】

大多于无意中发现，既无全身性病变，更无前驱症状，唯感到喉头有异物感，诚如《诸病源候论》所谓"如有炙肉脔"，故而病人常作咳嗽或吞咽动作想排除它，但是症状不但没有减轻，鲠介之感反而愈加明显。这种异物感，往往在工作紧张时或熟睡时或专心于某一事情时，可以完全消失。一待空暇无事之际，则又明显起来，在疲劳或情绪不快时更重。当吞咽口涎或流汁或空咽时，感觉十分明显。但进食干饭、馒头、饼干等硬食时，反而毫无感觉，通过顺利。很多病人，十分担心是喉癌或食道癌，致思想包袱十分沉重。

本病女性多于男性，故《女科要旨》谓："男子间有之。"

检查可见无器质性病变。但多数病人的软腭反射，常常迟钝、消失或过度敏感。

诊断本病，虽然并不困难，但切忌急下诊断。应该检查口腔、口咽、鼻咽和喉咽，先排除器质性病变。再检查淋巴结、舌骨、甲状软骨、环状软骨和甲状腺有无异常，有何肿物。必要时拍颈椎片及茎突片、食管钡透。以上检查，都无所发现，方可做出诊断。

【病因病机】

寒气：《女科经论》："气为积寒所伤，不与血和。血中之气溢而浮于咽干，得水温之，气而凝结难移。妇人血分受寒，多积冷结气，最易得此病。"

风邪热气：《医方类聚》："风邪热气，搏于经络，蕴蓄不散，上攻于咽喉，故令咽喉中如有

物妨闷也。”

痰气郁结:《诸病源候论》:“此胸膈痰结,与气相搏,逆上咽喉之间结聚。”

肝气:《临证指南》:“肝气之逆,久之则诸气均逆而三焦皆变,不特胃当其冲矣。”

阴气不足,肾气上冲:《女科要旨》:“阴气不足而肝反郁热,甚则结寒微动,挟肾气上冲,咽喉塞噎也。”

阴阳之气痞结:《女科百问》:“阴阳之气痞结,咽膈噎塞,状若梅核。”

心理作用:《慎斋遗书》:“妖本虚无,总由人心所致。”

本病大多偏于实证,常见于临床者,一是六郁。二是痰气相凝。事实上也属于郁证,唯独偏重于痰郁与气郁两者。三是肝气失之条达,不论什么原因导致肝气郁逆,于是乘土犯胃,胃气失降,则咽喉部鲠介不舒。四是肝急脏躁。

本病预后良好,且无并发症与继发症。

【辨证论治】

经过详细检查,排除了其他病患后,即可考虑几种致病因素。但局检很少有参考价值,主要依赖于全身症状。

凡六郁为因的,主要是以胸膺为主的痞闷不畅的感觉,加以叹息,可以苟安片刻。脉多沉涩,舌有腻苔,食欲不振,但无虚象。

凡痰气相凝者,舌苔白腻滑润,口干而不思饮水,胸膺不畅痞闷。脉多沉滑。

因于肝者,大多消化功能紊乱,善怒心烦,常有头眩,胸闷胁痛,泛酸厌食等等,脉多弦劲。

来之于脏躁者,以更年期的女子为最多。常有精神忧郁、幻觉,感情易于激动,反应不是过敏便是迟钝,善于胡思乱想。想得最多的为自己生了癌症。脉舌变化,无一定规律。

六郁所致者,应取解结开郁法。常用代表方为越鞠丸。常用药:川芎、香附、苍术、山栀、六曲、路路通、佛手、苏梗、广郁金。如重于痰郁者,重用化痰药。重于热郁者,重用清热药。重于食郁者,重用消食宽中药。

由于痰气相凝者,当行气开郁,降逆化痰法,常用代表方有半夏厚朴汤。此方为《和济局方》加上大枣,改称四七汤,作用相同。为了加重消痰分量,可加胆星、天竺黄、枳壳等药品。

由于肝气者,当疏肝理气,常用方有逍遥散。为加重疏肝分量,可加落萼梅、九香虫等药品。

由于脏躁者,当缓肝润躁,首推甘麦大枣汤。也可用炒焦的麦芽(焦了有香味),代茶叶泡茶,长期服用,效果不差。讲究一些的,每次再加代代花七朵。

【预防与护理】

(1) 详细解释,消除患者的顾虑。

(2) 饮食不能过饱,但不必忌口。

(3) 情绪不愉快时不要进食。

(4) 加重其工作量或出门游览,尽量不使病人独居一室而予以胡思乱想的机会。

(5) 多阅读有益的书报。

(6) 锻炼身体或做气功。

第二十二节　白　　喉

白喉，中西医名称一致，传统名称还有：天白蚁疮、喉白、白菌、白缠喉、白喉咙、白缠喉风、时疫白喉、蛾风白喉、肺痨白喉、虚寒白喉、白膜白喉等。

白喉传染力很强，多发于学龄前儿童，但在地方性大流行时，成人也能感染。秋末至冬春为本病高发季节。

西医又分为咽白喉与喉白喉，中医则并不分开，不过为了更明确而利于诊断、治疗起见，干老认为分论为佳。

【临床表现】

在临床上有咽白喉、喉白喉两症，重型的称恶性白喉，可在很短时间内死亡。

咽白喉：全身症状为身体不适、头痛、乏力，食欲不振，大便秘结。体温稍有上升，一般在37.8～38.5℃之间。重型则可达39℃以上。脉搏初期为细数，后期为细弱无力。面色苍白，呈急性病容。四肢发冷，精神异常憔悴。轻型的颈部及颌下淋巴结肿大，伴有压痛。重型的极度肿大，因之颈部即显得粗大。

咽部检查：轻型的，咽粘膜充血并不剧烈，局部的点状白膜与扁桃体炎很难区别。疼痛不很明显。重型的，白膜除了满布于扁桃体之外，更向软腭、悬雍垂、咽腭弓、咽后壁蔓延扩展，还可以有坏死和出血。白膜表面光滑，不易剥脱，强行剥去则容易出血。但以后又很快重新形成。常有特殊气味的口臭。软腭可能出现麻痹。

喉白喉：多为咽白喉的继续。局部的假膜除了在咽部而且更犯及喉部之外，有轻度咳嗽，咳声嘶哑。严重的可作犬吠样咳嗽声，故有人称之为喉鸣。因喉部狭窄，有时出现吹笛声。呼吸虽不十分急促，但因辅助呼吸肌的失常而呈不安的现象。面色苍白，进而全身发绀。因喉头狭窄程度加重，故而咳嗽时杂音更多。在吸气时有拉锯样声音，故中医称为“声如锉锯”。因呼吸得不到充分空气，所以颈部下方及腹部尤以胸廓侧下部，见有吸气性凹陷。

检查所见，早期粘膜充血、松弛微肿，之后出现散在性斑点状假膜，最后互相融合成典型的片状假膜。若假膜脱落，则该处粘膜有腐烂的出血面。如假膜悬于喉腔，则可引起窒息。有时假膜不多或在声门上面，则常不易发现。

临床上诊断不难。首先要了解有无接触史。局部表现是诊断的主要依据。当咽粘膜的假膜已经超越出扁桃体的范围时，更加容易诊断。若细菌涂片和细菌培养出现阳性，则可确诊。

【病因病机】

心肺邪热：《时疫白喉捷要》：“邪热客于心肺之间。”

寒暑不时：《白喉辨证》：“寒暑之不时，气血之不调。”

肺脾蕴毒：《疡医大全》：“此乃肺脾蕴毒而成。”

燥气：《喉白阐微》：“肺肾阴虚，感天时燥金之气而患者，即燥之喉也。”

燥气加少阴君火：《白喉条辨》：“燥气盛行，邪客于肺，伏而化火。至初春雨水骤至，春寒外加。少阳相火，不能遂其条达之机，逆挟少阴君火，循经络而上与所伏之燥火，互相冲击，猝乘咽喉清窍而出。”

出于多因者：《喉证明辨》：“白点在外关小舌旁者，多属热。在内关小舌旁者，多属寒。……实热症，其白由外而内。虚寒症，其白自内而外。”

【辨证论治】

本病病因多端，而且还有初期、中期、后期以及恶性型等等，所以难以肯定为某一个证。为了更好地掌握取方用药，可将它分为四个类型：

<table>
<tr><td rowspan="3">咽白喉</td><td colspan="2">风热型</td></tr>
<tr><td colspan="2">阳热型</td></tr>
<tr><td>阴虚型</td><td rowspan="2">气阴衰竭型</td></tr>
<tr><td>喉白喉</td><td>喉风型</td></tr>
</table>

风热型：恶寒、发热，热势逐渐上升，咳嗽(并非由假膜的刺激所引起的)，头痛。舌苔白腻或淡黄，脉浮数。咽部出现少数点状或片状白色假膜。

阳热型：热毒炽盛，高热，烦躁，口渴，大便秘结，小溲红赤而少。舌苔黄腻，甚至可以出现焦黑而干，脉洪数。局部假膜呈片状涌出，基底及周围红赤充血，出血，有臭气，疼痛较厉害。

阴虚型：本型可以原发，但由风热型、阳热型转化而来的也不少。假膜继续蔓延扩展，遍及咽部甚至口腔。浮如棉花、苔藓。热度不太高(少数也有高热者)，口渴频饮而量不多，且喜温喜热水而拒冷。舌薄苔或无苔，舌质红绛。

喉风型：假膜向内向下扩展，阻塞气道，哮鸣样咳嗽，声嘶以至失音，喉间痰声如拉锯，呼吸困难，吸气时出现胸部内陷，烦躁不安。口唇及皮肤青紫，肢端冰冷。舌苔厚腻，脉来不驯。

除此四型之外，也可以说这四型的后期，大多出现“气阴衰竭”证。它的表现为精神憔悴，心悸不安，或呼吸短促，恶心呕吐，面色惨白，两目无神，缺乏面部表情，四肢厥冷，也有腭咽肌、睫状肌瘫痪，饮食都不能者。此时舌质淡白或绛红，苔少甚至没有。脉细而弱，先数后迟，或伴结代。发展下去，终致死亡。

虽然症状多端，但归纳起来的“白喉三型”，不出顺、危、逆三者。

·内治·

风热型：取清热解毒利咽法，佐以疏表法，常用代表方为加减紫珍连翘散。常用药：连翘、当归、赤芍、牛蒡子、黄芩、薄荷等。

阳热型：虽然也是清热解毒利咽，但重点在于清热解毒。代表方有喉科凉膈散。常用药：大黄、山栀、黄芩、薄荷、连翘、玄参、桔梗等。

阴虚型：取养阴清肺，佐以解毒法，常用代表方有加减白喉养阴清肺汤。常用药：生地、麦冬、玄参、贝母、丹皮、芦根、射干、天竺黄、桔梗等。

喉风型：取豁痰泻肺法，代表方有竹沥葶汤或麻杏石甘汤。小儿服猴枣粉(不是喉枣散)。常用药：竹沥、葶苈子、麻黄、杏仁、生石膏、大贝母等。

出现了气阴衰竭症状，急服生脉散而重用五味子。但不用党参，必用红参。甚至独参汤、参附汤都可对证取用。在假膜脱去之后的恢复期，可用善后养正汤来肃清残邪，扶持正气。

·外治·

巴豆朱砂膏疗法治疗白喉有一定疗效。取巴豆1～2粒，剥去外壳，研烂，加入少量朱砂，再研均。用橡皮膏，剪成1.5厘米×1.5厘米大小，中央剪出一个小孔，贴在印堂上。然后把研均的巴豆朱砂膏，置于小孔上，使它直接接触小孔中的皮肤。然后上面再覆盖一张橡皮膏。约2～3小时后，揭去，即有一个小水疱，内含黄色粘液性分泌物。严格消毒后刺破这个水疱，

用消毒棉吸尽分泌物。最后用消毒纱布盖上，以防感染。此法向为历代喉科所乐用。

传统的吹药有：前期用张氏通关散或玉钥匙散；假膜过多者，用吹喉去腐散；后期及假膜脱尽后，用月白珍珠散或珠黄散；如要清洁口腔者，取用张氏洗喉方漱口。

·其他·

土牛膝根，洗净，取汁。既可单独服用，也可冲入任何一张方药中。每天极量，全鲜草不能超过200克。儿童减半。

【预防与护理】

(1) 六个月以上小儿，应接种白喉类毒素。

(2) 土牛膝根，煎水代茶。一天用量，小于1岁者用15克；3～5岁30克；6岁至成人46克。加水两倍，煎煮。每500毫升水，煎至60毫升为度。每天3次，连服3～5天。大流行时，可服7～10天。

(3) 多吃大蒜、蒜苗、葱、姜等食物。

(4) 隔离患病者，直至症状消失，且化验连续两次阴性，然后解除隔离。

(5) 对患者的住处、衣服、用具，均须严格消毒。

(6) 患者发热时，要绝对休息。

(7) 保持大便通畅。

(8) 病室空气要保持新鲜，但不能直接吹风。

(9) 宜进高热量、高蛋白、高营养的食物，并多食米汤、青菜、豆腐等清淡、容易消化者。禁鱼腥、辛辣等刺激性食物。

(10) 保持口腔清洁。

(11) 病愈后要休息两周。如曾出现过气阴衰竭者，则休息时间增加到10～12周。

第二十三节 猩 红 热

猩红热，传统名称为喉痧。自张仲景在《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病证治第三》中称为阳毒之后，到清初的1 500余年中，始终没有过明确的病名。喉痛丹疹可说是自阳毒之后的第一个病名。另外，还有喉痛丹痧、烂喉疫痧、痧喉、温毒喉痛、烂喉痧、烂喉丹痧、疫时烂喉、喉痧、烂喉痧症、烂喉风丹痧、红痧症等。

【临床表现】

起病虽然急速，但至少已有12小时的潜伏期(一般为2～5天，最多为12天)。一般可分初、中、后三个阶段。

初期，咽炎为猩红热的前驱症状。轻者为包括扁桃体在内的充血疼痛，严重的则侵及软腭、悬雍垂，并有渗出物及假膜形成。当发热2～3日，口腔两颊粘膜红赤，近臼齿处可见细小白色斑点，名为粘膜疹。出现畏寒或寒战，继以高热，可达40℃。头痛，恶心与呕吐，为常见的症状。舌苔薄白，脉浮。

中期，继粘膜疹后，即皮肤出现红疹，红疹从耳后颈部向其他邻近部位扩展，最快的在一昼夜间可以满布全身。但环唇一匝没有，故俗称“白面痧”，医学名称为“环口苍白区”。这种红疹呈弥漫性密集小点，加压则红色即转成白色，撤压后马上又呈鲜红色。但在皮肤皱折处(腕部、肘部、腋窝、腹股沟、膝关节曲侧等处)加压也不退色。咽部炎症，也相应加重。扁桃体肿胀加大，渗出物增多，假膜增广。除硬腭以外，软腭粘膜也有点状红疹出现。颌部、颈部淋

巴结肿大，压痛。舌苔黄，脉大、洪、数。白细胞一般可增至10～20×10^9/L，中性粒细胞常达75%～90%。嗜酸性粒细胞在初期消失，此期增高。中期病程，大多持续3～4天后，开始衰退，表现为体温下降，红疹消退，咽部症情减轻，所有其他症状也随之逐渐消失。

后期，约病后1周左右，表皮由面部而到躯干四肢开始角化、脱落。手掌与脚底的脱皮常为大片的，皮疹退后无色素沉着。咽部的肿胀充血，及颌部、颈部的淋巴结，都开始消失，但淋巴结的消失比咽部诸症的消失要缓慢。此期，常可持续2～4周。

最后必须提及一句，还有一种不典型的咽部病变的发作，并不与全身症状同步出现，而往往在恢复期中，晚于起病时间1～2周，在医学上称为"晚发性咽炎"，中医常常归纳在"逆证"中。

此外，还有咽、扁桃体、舌腭弓、软腭及悬雍垂等处，初期出现淡灰色斑，第二天坏死斑点即脱落，露出椭圆形溃疡，边缘垂直，多向深部内陷，有时发生软腭穿孔或悬雍垂坏死，有大量有臭气的涎液外流。颌下、颈部淋巴结肿大逾常。全身症状严重，体温高至40℃以上。脉数不驯，舌有厚腻苔或灰黑苔，很快衰竭到死亡。这也是"逆证"。

典型的猩红热，诊断并不困难。凡咽炎和麻疹相继出现，发作迅速，来势较猛。麻疹的皮疹呈弥漫性鲜红色点状，加压退色，独在匝口周围苍白无疹点。咽部肿胀充血，出现杨梅舌。有时软腭也有点状小丘疹。加以细菌培养有大量液血性链球菌，即可确诊。

【病因病机】

温病学说：《临证指南》："疫疠一症，都从口鼻而入，直行中道，流布三焦。……若逆传膻中者，为神昏舌绛，为喉痛丹疹"，"疫厉秽邪，从口鼻吸入，……与伤寒六经，大不相同。……必大用解毒，以驱其秽"，"吸入疫厉，三焦皆受，久则血分渐瘀。"

风寒温热时疠之气：《吴医汇讲》："症之所来，不外乎风寒温热时疠之气而已。"

湿热郁蒸：《吴医汇讲》："太阴阳明二经，风热之毒而至烂之由，亦不可不知湿热郁蒸所以致烂耳。"

天气疫疠：《疡科心得集》："夫烂喉丹痧者，系天行疫疠之毒，故长幼传染者多。外从口鼻而入，内从肺胃而发"，"如起时一二日后，脉细弦劲，身虽红赤，痧不外透，神识昏蒙，语言错乱，气逆喘急者，此疫毒内闭，即为险逆证"。

临床实况为感受疫疠之邪，从口鼻而直入肺胃。加之内有伏热，外感风邪，两者相搏而致。肺主皮毛，脾（胃）主肌肉。循肺胃两经而外泄肌肤，乃为皮疹。肺主喉而胃主咽，上干肺系之喉、胃系之咽，乃咽喉肿痛腐烂。本病除极少数逆证之外，只要医护得法，预后大多良好，而且护理重于治疗。

本病常可引起的并发症有急性化脓性中耳炎、急性鼻窦炎、急性颈淋巴结炎等，大都在病后1～2周之间最多。另外，还有急性肾炎、急性关节炎、心肌炎、心内膜炎等，常在病后2～4周出现。

【辨证论治】

初期，恶寒发热，头痛恶心，咽喉疼痛。脉浮，苔白者，邪尚在表。

中期，红疹密布，咽喉肿痛糜烂。脉实，苔黄者，邪已化热或内伏的热毒旺盛。

如其疹色不红，透布不畅者，必然出现神识迷糊，四肢不温，脉象沉细，乃邪不外透内陷迹象，属危证。

如其喉头糜烂严重，壮热心烦，大便秘结，甚至神昏谵语，惊厥者，乃热毒盛炽，内陷心营，属重证。

如疹密自汗，谵语如狂，撩衣摸被，口干无涎，唇燥起裂者，乃热毒深重，弥漫三焦，耗液竭阴之证。如不及时控制，势必引动肝阳、肝风，后果不堪设想。

后期，出现精神倦怠，面色失华者，这是正常现象，是正气经过疾病的折磨而衰弱。如其出现舌质红绛少津，脉来细数，低热徘徊不去者，这是温邪耗伤津液过甚，出现的阴虚迹象。

·内治·

初期邪尚在表者，应宣泄肺胃，透邪外达。常用方有加减清解透表汤、解肌透痧汤之类。常用药：荆芥、牛蒡子、西河柳、浮萍、豆豉、蝉衣、芦根等。

在初期，虽然未见危证、逆证，但这一阶段的治疗，来不得半点差错。若有毫厘之失，必然导致严重后果。所以应注意早期用药：① 不能取辛温药，否则必然伏下伤津、添火、动风的祸根。② 不能用苦寒药，否则遏邪内陷，痧不能透，邪不能出，终至内陷。③ 不宜泻下药用之过早，否则直折下夺，在下一泻则在上无法透泄，而且泻必伤阴。阴伤则即无汗液以托邪透疹。再则阴衰势必火旺，火旺也能引动肝风。

中期，虽然热毒之势表现得十分鸱张，但仍是"顺证"佳象。应取清透泻热，凉营解毒法，常用方有清咽栀豉汤之类。常用药：山栀、豆豉、银花、薄荷、牛蒡子、连翘、蝉衣、芦根、竹叶等。

出现痧不外布、邪难外透，有内陷迹象者，取辛凉透表，清宣肺卫法。常用代表方有加减银翘散，重用麻黄、蝉衣、苏叶、桔梗、浮萍等。

出现热毒炽盛，内陷心营者，宜取清气凉营，解毒救阴法。常用代表方有加减黑膏汤之类。再严重的取犀角地黄汤。

出现耗津竭阴者，急取急下存阴法，可取犀角承气汤。

不论哪一型，出现神昏谵语者，都可用紫雪丹、至宝丹或安宫牛黄丸以清心开窍，除热解毒。这三药，吴鞠通曾作过这样的评价："安宫牛黄丸最凉，紫雪丹次之、至宝丹又次之"，事实上也的确如此。安宫牛黄丸是芳香化浊开窍，苦寒泻火。紫雪丹是走脏络，搜困闭之邪。至宝丹是清热解毒，镇痉安神，治中恶气绝、惊痫抽搐。

后期，正气衰弱者，用八珍汤是常规。常用药：党参、白术、茯苓、熟地、白芍、当归、丹皮、芦根、桔梗等。

·外治·

喉部吹药，初期用冰硼散；中期月白散或消肿散，严重的锡类散；后期珠黄散。

在疹无法外透时，可用西河柳（不论多少）煎汤浴身，用以帮助其外透。也可用茄子的枯梗、红枣，燃烧取烟，置病人室内。为防止空气太干燥，同时室内可用不加盖的锅子或水壶烧水，取蒸汽以润空气。

【预防与护理】

（1）对病人进行严格隔离。

（2）在本病流行期间，勿带儿童出入公共场所。

（3）与本病有接触史的儿童，可服预防药，如大青叶或板蓝根或贯众，煎汤代茶饮。连服1周。

（4）病人卧室，保持安静。室内温度应在18～20℃为宜，湿度应在50%～60%之间。

（5）加强通风换气，保持病室空气新鲜。

（6）应垂挂窗帘、门帘，最好为红色。如无红色者也宜深色为佳。

（7）禁绝一切秽气、臭气及其他难闻的怪味。严禁焚烧纸类、布类，因这种气味可以使透

泄正常的麻疹隐去，造成毒邪内陷的恶果。

(8) 被褥要干燥洁净。

(9) 饮食要清淡，多饮开水。

(10) 如为儿童，要将其指甲剪短，以防因搔痒而抓破皮肤。

(11) 保持口腔清洁，咽部及时上药。

(12) 病人衣服及餐具等日常生活用品，应加以消毒。

(13) 病后还需隔离，至鼻咽部分泌物化验两次阴性，一般为6～7天。

第二十四节　盘状红斑狼疮

盘状红斑狼疮是一种自身免疫性疾病。多见于15～40岁女性。本文主要介绍盘状红斑狼疮在咽喉部的损害，以下简称咽部狼疮、喉部狼疮。咽部狼疮日久，则多侵及口腔或喉部。喉狼疮除继发于咽狼疮之外，原发者不多。

中医将本病一直列于各种慢性咽喉病中，所以一般慢性的喉痹中肯定有本病在内。《喉科紫珍集》中呛食喉风的言语鼻音、进食反流等临床症状，很似本病，但无法进一步证实。

【临床表现】

咽部狼疮，常感咽部不舒、干燥，吞咽稍有不利。病及软腭，则言语呈开放性鼻音，饮水时可向鼻腔倒灌，但并无疼痛，也无颈部淋巴结出现。

局部病变，多在舌腭弓、软腭、悬雍垂等处。扁桃体则不易发生病变。初期，粘膜呈现多数红黄色小结，之后渐至腐烂，相互融合成灰白色、胶状、不整齐的肉芽创面，周围组织轻度充血。因其病程过长，常见创面一部分愈合而另一部分又有新的发展。少数病例，可发生于硬腭中央，软组织腐烂，使骨质暴露，甚至穿孔。

喉部狼疮，常发生嘶哑，喉部不适、麻木，轻度刺激性咳嗽等症状。检查所见，病变在会厌软骨及披裂会厌襞。开始有结节样浸润，逐渐增加延展，继而出现浅在性溃疡。之后，再慢慢发展而引起会厌软骨坏死，同时也有愈合的现象。可见瘢痕组织及畸形，但狭窄则不多见。

一般全身症状，都不明显。肺部也不一定有结核病变。

根据病史及以上症状和检查所见，结合它的缓慢、无痛及再发后愈合、愈合后又再发的特点，可以得出诊断。如其配合脓液或溃疡处涂片培养检查结核杆菌或作活体组织检查，则更准确。

【病因病机】

实证，肺胃湿热浊气上蒸。

虚证，肺胃阴伤。

【辨证论治】

无全身症状，虽然有糜烂、溃疡，但无痛痒感觉，所以热毒之邪可以排除。糜烂、溃疡为下有湿浊之气上蒸所致。至于轻度充血，也是湿浊久蒸而产生的轻热。这种轻度的热象，湿浊一去，可以自行消失。经久之后，嘶哑、麻木，以及溃疡的反复产生与愈合，必然正气消耗。归经在所在之处，当然隶属于肺胃两经。

·内治·

实证，应渗湿化浊，清咽利喉法，方用《医宗金鉴》之鼠粘子五苓散。常用药：鼠粘子、猪苓、茯苓、白术、泽泻、桂枝、薏苡仁、车前子等。

虚证，应清咽养阴法，方用加减养阴清肺汤。常用药：生黄芪、麦冬、玄参、川贝、白芍、百合、射干、生地等。

·外治·

初期，锡类散。后期，养阴生肌散或珠黄散。

【预防与护理】

参阅“慢性咽炎”的有关内容。

第二十五节 咽喉结核

咽喉结核，传统名称为喉癣。又有：尸喉、尸咽喉、鱼鳞风、火病咽痛、火病失音、喉疮、喉癣、肺花疮、喉刺等病名。结核一病，中医古称痰火，诚如《红炉点雪》所谓：“夫痰火者，痨瘵之讳也。”

咽结核与喉结核，常是一种继发性疾病，特别是肺结核的继发者。因为不论肺的本身或咽喉，都是同隶于手太阴经。

咽喉结核，最早见于《诸病源候论》，其谓：“尸咽者，谓腹内尸虫，上食人喉咽生疮，其状或痒或痛，如疳䘌之候。”至于把咽结核与喉结核区别作出论述者，那是《红炉点雪》，前者称火病咽痛，后者称火病失音。因之可知，本病在隋代已有初步认识，至明代则认识得比较深透了。

【临床表现】

表现在咽部者，为悬雍垂、软腭和咽后壁的粘膜上有少数黄、灰、白小点，之后由孤立而融合，最后形成大片浅在性溃疡，边缘呈环状，四周有炎症，疼痛，吞咽困难，发音不清。如其持续高热、出血，则可在短时期内因衰竭而死亡。在慢性病例中，咽峡或后壁有一至二处灰白或红色浸润，周围略有炎症。以后渐渐溃破，成为溃疡，覆以灰色肉芽及脓液，边缘呈潜行性鼠啮状，并可渗血。有时鼻咽部可见结核瘤，为柔软的红色肿物，容易出血，最后也势必溃破。其症状为疼痛，吞咽困难，耳痛，鼻音。常因继发感染而趋向严重，有时可因剧痛、饥饿或衰竭而死亡。

表现于喉部者，最初为喉内作痒，有烧灼感，咳嗽，异物感，声带易于疲劳。之后如有一部分的声带及披裂区增厚，则将造成持久性的嘶哑。喉腔入口处尚有溃疡，如并发软骨炎以及披裂软骨或会厌软骨坏死变化者，则吞咽时将产生疼痛，并有反射性耳痛。由于声门下水肿、结核瘤、肉芽组织或软骨炎而产生声门狭窄者，当有呼吸困难的症状。

两者的全身症状，大多有咳嗽，多痰，持续性低热，贫血，食欲不振及体重减轻，甚至咯血。

凡局部有无数浅在性、边缘不齐、灰黄色的小溃疡，声音嘶哑，而且是久治不愈，发展缓慢者，大多可以考虑此病。如同时伴有肺结核或面部狼疮，就更可以帮助诊断。活组织检查，是最可靠的诊断依据。

【病因病机】

尸虫：《诸病源候论》：“腹内有尸虫，上食人喉咽。”

三虫：《圣济总录》：“道家服药，务先去三虫者，以其为人害也。”

阴阳不和，脾肺壅滞：《太平圣惠方》：“此皆阴阳不和，脾肺壅滞，风热毒气，在于脏腑，不能宣也。”

阴虚、痰、血：《丹溪手镜》："其根多有虫啮心肺一也，盖因阴虚或痰与血病。"

肾火上冲：《喉科集腋》："此因肾水之耗，以致肾火上冲。"

相火：《红炉点雪》："若夫土衰水涸，则相火蒸炎。致津液枯竭，由是而咽喉干燥疼痛等症作矣。"

肺损：《红炉点雪》："若夫水虚火炎，金伤声碎者，则犹钟磬击损，欲其如故，须复铸之。所以痰火声嘶，其得全愈者鲜矣。"

为其他结核病的继发者：《喉科集腋》："先患劳（古痨字，即结核病）病重症，既多虚火上升，营血已枯，其喉上腭有红点，密密如蚊蚤咬者。"

临床实况为感染尸虫（即痨虫，瘵虫）。宋代医家在前人尸虫学说上加以实践，总结出"痨证有虫，患者相继"的论点，完全符合于本病的主要病因。本病病机为气血两衰，因禀赋娇薄，生活不当，或病后失调，气血精液不足。正气先虚，邪（包括尸虫）乃入侵。或因肺阴不足，金失滋养。或为阴虚火旺，燥热内灼，损肾烁津。

此病以前被认为是不治之症，诚如《红炉点雪》所谓："其得全愈者鲜矣。"《喉科集腋》甚至认为"喉刺多因先犯痨病重症，……难救，死，勿治"。但现在生活改善，营养充分，医疗水平提高，本病的预后也已大为改观。

【辨证论治】

气血两衰者，全身症状表现为，面色苍白，头晕心悸，气短乏力。舌质嫩、淡、胖，脉细、弱。局部则粘膜苍白，溃疡面污秽，疼痛不太严重。嘶哑者，必然郑声耳语。

肺阴不足者，干咳或咯少量白痰，或带血如丝。午后掌跖灼热，肌肤低热。口燥咽干，频频求饮，食谷不馨。局部糜烂疼痛，粘膜色淡。常以咽头作痒而咳，但咳声短促。舌苔薄，边尖可以出现红意，脉细带数。

阴虚火旺者，咳嗽气急，痰量少而质稠，带有黄色。咳血也反复发作。盗汗骨蒸，午后低热，常在37.5～38℃之间。颧颊潮红，心烦口渴，善饮喜凉。失眠多梦，身体消瘦，善烦易怒。男性可见遗精，女性可见月经不调，两者都可性欲亢进。咽喉疼痛剧烈，有烧灼及痒感。粘膜多充血，分泌物附丽。舌质绛而干或呈脑纹，苔少或剥，脉细数。

·内治·

气血两衰者，当气血双补，常用方有加减保真汤。常用药：西洋参、黄芪、当归、地骨皮、黄柏、知母、百部、熟地等。

肺阴不足者，当养金补肺，常用代表方有月华丸。常用药：天冬、麦冬、生地、熟地、山药、百部、沙参、茯苓、川贝、阿胶。但在临床上尚须因证加减。

阴虚火旺者，应滋阴泻火法，常用代表方有百合固金汤或秦艽鳖甲散。常用药：百合、熟地、生地、玄参、贝母、白芍、麦冬、桔梗、秦艽、鳖甲等。但也须加减以适合现在病情。

此外，养阴清肺膏、猪肤膏、两仪膏、玉竹膏等，都可代茶饮。

但本病切忌苦寒，故《红炉点雪》强调："痰火诸症，孰其如此。所谓龙雷之火，不可水服，惟滋阴抑阳，使水升火降，津液复回，而后可上。若以苦寒正治，则阳火愈炽而脾土自败，犹渴而饮鸩，立促其毙也。"《理虚元鉴》更提出"三禁"学说，内容为："治劳（痨）三禁，一禁燥烈，二禁苦寒，三禁伐气是也。"

·外治·

局部吹药最佳者，为西瓜霜、珠黄散，喷在咽部，也可慢慢咽下。如其大便稀薄者，西瓜霜禁用。

【预防与护理】

本病中医强调预防，根据《理虚元鉴》虚劳的预防提出一套护理要点。主要精神是：

(1) 知防：春防风、防寒；夏防暑热；秋防燥；冬防寒又防风。

(2) 二护：保护好两足、肩俞和肩际，这是全身最易受邪之处。

(3) 三候：是时时防外邪；节嗜欲；调七情，勤医药。

(4) 二守：一服药，二摄养。二者所宜守之久而勿失也。

(5) 四难：难以做到的精心护理，一定要做好。难以对久病者长期侍候无厌弃心理，一定要克服。难免在治疗中的失手，一定要消除。难在对父母、兄弟、夫妇的挚而有别、童仆的勤而不欺（意思即为了溺爱而放弃医护原则），一定要掌握原则。

第二十六节　麻　　风

麻风亦称白癞、哑风。本文主要介绍麻风在咽喉部的损害，以下称咽部麻风、喉部麻风。《素问·风论》的“疠者，有气热胕其气不清，故使鼻柱坏而色败，皮肤疡溃。风寒客于脉而不去，名曰疠风。”这是有关本病最早的记载。《论语·雍也》：“伯牛有疾。”这位冉伯牛，乃是我国见之于记载的第一个麻风病患者。《庄子》称疠，《公羊传》称痢，《肘后备急方》称癞，《千金要方》称恶疾大风，《丹溪心法》称大风，自《窦氏疮疡经验全书》称大麻风后，此名即沿用到今天。

至于最早论及咽喉麻风者，为《诸病源候论》，称之为白癞。其症状除了一般麻风病共同的症状之外，就是强调突出“语声嘶破”。

《解围元薮》的“中于足太阴，……蚀脾则音哑”、“唇翻失音”、“使气道不调，清声闭塞，轻则声嘶而喉破，重则语哑而失音”。可以证实我国在 16 世纪中叶对咽麻风、喉麻风就已有了详细的认识和较为满意的治疗了。

凡瘤性麻风患者严重者，约有 40%发生咽喉部的病变。神经性麻风外少有害及咽喉部的，即使发生，亦都在后期。病变的顺序，往往先病于咽而后及喉。

【临床表现】

咽部麻风，常侵及软腭及悬雍垂等处，自觉症状为麻木。初期有浸润及结节发生，伴以麻痹，之后，渐成溃疡，终则瘢痕形成。使悬雍垂向后牵引，有时也可腐烂被蚀。扁桃体亦可浸润及溃疡，呈灰白色，边缘不整齐，颇似结核。溃疡愈合后，可使扁桃体缺损及扁桃体窝瘢痕收缩。

喉部麻风，多在会厌部。但亦常侵及披裂软骨、披裂会厌襞及喉室带。初期声带多无明显病变，但之后即发生结节性浸润，渐渐形成溃疡。愈合后瘢痕形成，收缩牵引，终至喉部狭窄及畸形，则各种程度不同的嘶哑也随之产生。

本病势必先有全身性病变，所以诊断也较容易。但必须与梅毒、结核相鉴别，必要时进行活检或细菌培养试验。根据麻风接触史，慢性经过，全身皮肤、粘膜和神经的典型损害，麻木区的出现，以及麻风菌素试验阳性等等，即可得出诊断。

【病因病机】

五风：《太平圣惠方》：“总而言之。不出五种，即是五风所摄，……若蚀人脾，则语声变散。”

风寒入脉：《素问·风论》：“风寒客于脉而不去，名曰疠风。”

胕中有热：《素问・风论》："疠者，有荣气热胕，其气不清，故使其鼻柱坏而色败。"

阳明湿热：《外科正宗》："阳明湿热。"

湿热生痰：《疯门全书》："湿闭久而生热，热郁久而生痰，轻则鼻塞，重则声哑。"

风湿搏于阳分：《解围元薮》"风湿阴邪，搏于阳分。凝滞津液，使气道不调，清声闭塞。……轻则声嘶而喉破，重则语哑而失音。"

气血凝滞：《疯门全书》："气行则血行，血凝则气滞，肺主皮毛。……声哑鼻塞，肺之本证。"

五志之火：《解围元薮》："语哑而失音，五火皆动，肺金伤败。"

传染：《疡医大全》："大麻风有三因，……三曰传染。"

虫：《圣济总录》："大风出虫，皆风之所化，风入虫腑，化生五虫，成则五癞。"

正虚邪入：《疡科心得集》："乃因其人中气不足，而感天地间阴疠浊恶之邪。……唇翻声嗄。"

发病原因为麻风杆菌所导致。证可分两种：实证，大多出现在前期。为天地间疠气浊邪，侵入肺胃，凝滞于中，使清窍闭塞而致。虚证，大多出现在后期。纵然正气告亏，但浊邪尚弥漫稽留，充斥遍体而独盛于咽喉。

《中国麻风病学》把麻风分为轻、重、败症和不治四型，咽喉部麻风列入"败症"一型中，可知尚不至于达到不治的地步。

虽然预后不良，但病程漫长，不至死亡。

【辨证论治】

・内治・

本病辨证，重在虚实两者。

实证，当息风辟邪为法，常用代表方有醉仙散加利咽常用药。常用药：胡麻子、牛蒡子、枸杞子、白蒺藜、苦参、防风、瓜蒌根、桔梗、玄参等。

虚证，当扶正息风法，常用方有神应消风散。常用药：防风、当归、生地、苦参、蝉衣、胡麻子、牛蒡子、知母、桔梗。加慢性咽喉病常用药。

・外治・

实证，吹用人中白散。虚证，吹用珠黄散或月白珍珠散。不论虚实，换肌丸也可试用。

【预防与护理】

(1) 流行地区的医疗机构中，应设麻风检查治疗站。

(2) 要将病人严格隔离。

(3) 病人的一切日用品包括衣服、被褥、餐具等，以及分泌物、排泄物，能消毒的严格消毒，不能消毒的烧毁，不能向外传出。

(4) 当取用换肌丸时，禁食鸡蛋、鸡、鸭、鹅、母猪肉、无鳞鱼、牛奶、辣椒、生蒜、生姜、芋艿、芥菜、雪里红、榨菜、毛笋等食品。

第二十七节 梅　毒

梅毒是一种慢性全身性传染病，属于性传播疾病。本文主要介绍梅毒在咽喉部的损害，以下称咽部梅毒、喉部梅毒。咽喉梅毒中医称杨梅结毒，又有：杨梅疳、喉癣、天白蚁、咽喉结

毒、过桥疳、杨梅结毒喉疳、杨梅喉癣等名称。

中医最早谈及梅毒的书籍为《世医得效方》。杨梅疮一名，最早见于《外科理例》，同时咽部梅毒、喉部梅毒也在此书中初次提到。

梅毒在本世纪40年代前是广泛流行的性病，建国后经积极防治，已基本消灭，但近年又有新病例发现，且发病率在提高，必须引起重视。

【临床表现】

咽部梅毒有三期：第一期，咽部有轻微疼痛，多为单侧性。有时还有烧灼感和难以用言语来表达的不舒服感，饮食稍有不便。检查所见，一侧扁桃体、腭弓处，充血肿胀，呈结实坚硬感，上有溃疡。溃疡面被有灰白色假膜或有肉芽样物质。同侧颈部，可扪到淋巴结肿大。第二期：疼痛加重，但也不至于剧痛。常有低热、头痛及全身乏力。检查可见，咽粘膜呈弥漫性晦暗型充血，间有小红点，分布于全部咽峡，重点大多在软腭。也有与皮肤梅毒皮疹同时出现咽部斑点，大多散布于舌缘、颊部、软腭、悬雍垂、扁桃体等处，弥漫性融合成片。斑点常呈圆形或卵圆形，大小不等。色呈蓝白色，表面常有糜烂，四周衬有红晕。颈部肿大的淋巴结增多。第三期：溃疡加重扩大，但疼痛反而消失。范围也由局限于咽部而扩展到鼻咽部、咽后壁及舌根部，发出浓郁的臭气，出现开放性鼻音。同时上腭也被损坏，可以通达鼻腔。全身常可出现衰竭现象。

喉部梅毒的症状，是根据病变部位、范围及严重程度而定。凡后天性的主症为嘶哑，甚至失音。梅毒瘤迅速溃烂，虽不感疼痛但常使吞咽困难，甚至呼吸障碍而窒息。先天性的，除兼有全身症状外，还有皮疹与鼻炎。喉部症状为嘶哑、咳嗽、喉痉挛及喉狭窄等。检查，在二期阶段，可见粘膜充血，并伴有粘液性、脓性分泌物。会厌可见粘膜斑。在三期则斑点增厚，粘膜呈晦暗型充血。有时出现深在而边缘陡锐的溃疡，衬以红晕。愈后遗留瘢痕收缩而引起会厌卷曲或缺损。直接喉镜下可见，除上述种种病变之外，触之浸润发硬。声门变小。

根据病史、家族史、有无不洁性交史，结合典型的临床表现及阳性血清反应，可以确诊。

【病因病机】

肾虚火旺：《喉科指掌》："肾虚火旺，发癣于喉。"

毒入于肺、大肠：《霉疮秘录》："夫结毒者，霉疮毒气，……结毒于大肠、肺结者为喉癣。"

结毒于肺胃：《喉科集腋》："此杨梅结毒于肺胃也。"

临床实况为杨梅结毒，深伏肺胃，循经上犯咽喉。本病预后不良，常为终身痼疾。往往以久病拖虚正气，终至衰竭而死亡。

【辨证论治】

只要确诊之后，重辨病而不重辨证。但虚实两纲，必须牢牢掌握。

·内治·

实证，不外乎清热解毒利咽，常用代表方有玄参解毒汤或利咽土茯苓汤。常用药：玄参、茯苓、天冬、贝母、当归、黄芩、土茯苓、穿山甲、威灵仙、桔梗等。严重的佐服牛黄化毒丸。

虚证，宜佐服气血双补药或吉林参(白参)、西洋参。但解毒药仍要用。常用药：党参、白术、白芍、熟地、当归、土茯苓、黄芩、马勃、桔梗等。

·外治·

咽部吹药，用陈氏喉癣吹药。

【预防与护理】

参阅"咽喉结核与麻风"的有关内容。

第二十八节　咽喉异物

咽喉异物，传统名称为谷贼。习惯上虽然常称谷贼，但事实上颇不恰当，盖谷贼一名，仅仅专指麦芒、谷芒一类的咽喉部异物，难以代表所有的形形色色的异物。如用某某异物等反而较明确。

咽喉部异物病例的报道，以及食道、气管异物，在祖国医学文献中是很早就有了。异物的种类，无奇不有，除了常见的鱼骨、猪肉骨、钮扣、豆类、果核、塑料小玩具等等。还有如《备急灸法》的棋子、《疡医大全》的螺靥、《喉科心法》的烟袋、《喉科杓指》的烟筒等，真是林林总总。至于 1985 年 12 月 28 日《羊城晚报》的广东省人民医院替妇女伍某，在喉部取出 4 厘米的蚂蝗；1978 年《江苏医学》第五期介绍的 3 厘米×1.5 厘米×0.5 厘米桃树枝由左耳轮脚前插入而成为咽部异物，历三年而取出。这都是罕见的咽喉部异物。

取出异物的手法，早在《肘后备急方》、《历代名医蒙求》中，已介绍了许多，其中有的到现在还有其使用价值。

【临床表现】

咽部异物的主要症状，为咽部疼痛，常出之于异物的停留处。吞咽动作时更痛，故饮食感到困难。位于梨状窝的，更可妨碍饮食，以致唾液外溢。刺入咽壁的，有时可发生咽部脓肿或颈深部感染，甚至食管异物穿孔而引起严重后果，1957 年《中华耳鼻喉科学杂志》中就有过这样的病例报道。凡异物已咽入而并不嵌顿，可以直入胃部，但曾于咽部发生擦伤者，也常感到咽部疼痛，似乎仍有异物存在的幻觉。不过这种刺激症状，约于 24 小时后，可以消失。

喉部异物，更为危险，大的可以堵塞喉部而引起窒息。小的常引起声嘶或失音、咳嗽、咯血、呼吸困难、喘鸣及喉部疼痛等症状。以上症状的轻重，根据异物的种类、大小、位置而决定。

咽部异物，应详细检查咽部，包括鼻咽、喉咽。更要注意各隐蔽部位，如扁桃体及其下部、会厌谷、梨状窝等处。较大的异物，容易发现。小鱼刺则最难找寻，一则因其深刺在组织之内，再则因其半透明而与人体组织呈同样颜色，可在间接或直接喉镜下用喉钳取出。金属异物，可摄 X 线片定位。

喉部异物，在喉镜检查下可发现。但也有偶然隐藏于喉室而不易见到者，也可借助于 X 线片，对不透明物质，也有帮助。

【辨证论治】

本病无证可辩，而在治疗上确有丰富的内容。中医过去，大多采用丹方来"消"它，除了在不少医学文献中所介绍的之外，于历代杂文散记中也有许多记载。但效果殊不理想。

见于文献者，有《外科全生集》的双砂汤。因有甜味，更受儿童的欢迎。

丹方有：① 白凤仙草(全草)120 克，捣汁，慢慢吞咽服下。② 鲜印度黄芩，一撮，洗净，置口中慢嚼慢咽。③ 鸭肫皮，6 克，炒焦后研细末，分两次吞服。④ 威灵仙 30 克，水煎。慢慢喝咽，在一小时内，服完一剂。但以上方法，干老从未用过，因没什么效果。

最好的办法，就是取出。

对异物确实已不存在，但仍然鲠痛者，可用以上办法，借以安慰病人。用这种精神分散法来应付，古人早就利用过，如《医师秘笈》："又如自疑有所食而积在内者，则姑下之而诈云已去其物，则可以安其心矣。凡此之类，皆可治病，在人神而明之。"

【预防与护理】

(1) 进食时不要讲话,尤其是吃鱼类等多刺多骨的食物时。

(2) 儿童的玩具,宜大不宜小,防其误吞入。

(3) 咽喉部有异物时要及时取出。

(4) 异物取出后,暂时少讲话。

(5) 进食时的异物,忌用饭团吞下。如此则鱼刺等异物,越咽而陷入越深。

第四章　口　腔　部

第一节　口　　糜

口糜亦称鹅口疮、雪口、雪口疳。本病为口腔粘膜及舌上满布白屑，形如白米煮成的糜粥一般。糜原意是把米粒煮至稀烂的粥，故称口糜。以其纯白如雪，故又名雪口。又因其白如鹅口，故又称鹅口疮。

在临床一般分为两类：小儿口糜、虚证口糜。

小儿口糜

【临床表现】

好发于一岁以下的婴儿，肥胖或营养不良者更易发生此病。一般发生于口腔的两颊、上腭、口底及舌体上。初期为小的散布于各处的小白点，稍高出于粘膜，边缘不清，四周无炎性症状。不久即融合成片。容易拭去，但很快又可再度出现。

本病虽然疼痛轻微，但能造成小儿吮乳困难，使其啼哭不安。如其白色假膜扩展，则可以引起严重的后果。

只需符合以上各个特点，诊断并不困难。

【病因病机】

胎中禀受：《圣济总录》："此乃胎中禀受谷气偏多，已生之后，心脾气热，上熏于口，致成斯疾。"

脾胃郁热：《医门补要》："脾胃郁热上蒸。"

肺热：《幼幼集成》："此肺热。"

热积心脾：《幼科金针》："热积心脾。"

临床上主要为先天胎毒，蕴积心脾，或口腔不洁，局部感染所致。尤其是有些婴儿把最后一口乳汁，含在口中而不咽下者，更容易患本病。

【辨证论治】

绝大多数为脾胃湿浊，上蒸清道。局部的白色假膜，如同棉絮的堆积蔓延，口中发出抹布味。流涎拒食，小溲黄赤。

少数为心火偏旺。局部白色假膜薄而少，间歇期粘膜充血。烦躁不安，多啼哭。大便秘结难解。舌尖红赤，苔黄。

·内治·

脾胃湿浊者，当醒脾理湿化浊。常用代表方有胃苓散加减，重用藿香、佩兰。

心火偏旺者，当清心泻火。常用代表方有导赤散之类，也应重用藿香，佩兰。

·外治·

用5%硼砂溶液，浸湿消毒纱布，轻轻拭去假膜，再上珠黄散。每天1～3次。但切忌拭时粗暴用力。

虚证口糜

【临床表现】

本病好发于老年、体弱及久病者。糜粥样的白色物，满口散布，因之常有粗糙感。如在舌背部，则辨味能力大大降低。其他症状与儿童口糜相同。

涂片或细菌培养，常可找到白色念珠菌。

【病因病机】

久病而虚：《医门补要》："小儿久病，肺胃大虚。"

虚热、虚寒、虚火：《寿世保元》："如服凉药不已者，乃上焦虚热，中焦虚寒，下焦虚火，各经传变所致。"

凉药伤正：《寿世保元》："若概用凉药，损伤生气，为害非轻。"

劳伤无火：《医述》："亦有似热非热，及劳伤无火等证。"

本病在正气虚弱的总纲之下，又有三个不同类型的证。气血双虚者，由于久病尤其是胃肠病的久病者。正气已极度衰弱。阴虚火旺者，也即肾阴虚损已极，引动龙雷之火浮越。元阳无火者，衰弱到元阳无火。

【辨证论证】

这里的辨证，不在局部而在全身表现。

气血双虚者：凡在久病之下，出现失眠，多梦易醒，心悸，健忘，倦怠疲乏，纳食无味，面色少华。舌质淡，苔薄白，脉象细弱等。

阴虚火旺者：常有潮热，颧红掌灼，五心烦热，消瘦，头目眩晕。舌红而干，脉来细数等。

元阳无火者：由于久病而正气消耗殆尽。面色苍白，全身无力，畏寒易汗，头眩耳鸣，心悸短气，语声低微，大便不成形甚至稀溏。舌质嫩、胖、淡，脉细弱无力。

·内治·

气血双虚者，当培益心脾，补益气血。常用代表方有八珍汤或十全大补汤。常用药：党参、茯苓、白术、当归、白芍、熟地、六曲、藿香、甘草等。

阴虚火旺者，常育阴潜阳，常用代表方有六味地黄汤加龙骨、石决明、珍珠母之类。常用药：熟地、丹皮、山萸肉、茯苓、泽泻、山药、龙骨、珍珠母、赤芍等。

元阳无火者，予以温补，常用代表方有附桂八味汤之类。高龄虚甚者也可取用鹿角胶、鹿茸等。

·外治·

吹绿袍散。噙含官桂，用法：将官桂洗净，含在口中，不计时间，最少每次含 3～4 小时以上。

【预防与护理】

(1) 注意口腔卫生，保持清洁。

(2) 每天用盐开水漱口。

(3) 多吃水果，蔬菜，加强营养，增强体质。

(4) 慎用苦寒药品(中药)、抗菌素(西药)。

(5) 如患者为婴儿，则授乳前要注意洗净乳头，哺乳器应予严格消毒。

第二节　疱疹性口腔炎

疱疹性口腔炎，传统名称为口疮，亦有口疡、口舌疮、口中疳疮、口破、口疳、口舌生疮、赤口疮等名称。本病好发于儿童。更多见于患流感、感冒、肺炎的同时或之后。初起时伴以体温升高。随后口中出现小溃疡。

【临床表现】

一般多出现于上呼吸道疾病中。口腔粘膜充血水肿，并出现多数散在或簇集的针头大小透明的小水疱，簇集的可以互相融合成一个较大的糜烂。饮食困难，口涎奇多，伴以烧灼性疼痛。舌苔薄黄，脉数或无变化。

【病因病机】

火气：《素问·至真要大论》："大热将至，火气内发。"

心脾盛热：《诸病源候论》："脏腑盛热，热乘心脾，气冲口与舌。"

上焦蕴热：《丹溪心法》："口舌生疮，皆上焦热蕴所致。"《景岳全书》："口舌生疮，因多上焦之热。"

饮食所伤：《外科正宗》："此因膏粱厚味，醇酒炙煿，心火妄动发之。"

营养过剩：《幼幼集成》："此因胎禀本厚，养育过温，以成口疮。"

实际临床中，大多为风邪化火，上迫清道，阳明积热。经过治疗，一般预后良好。

【辨证论治】

风邪化火者，初起有不同程度的全身性症状。局部炎性症状不严重。脉多浮数，舌苔薄黄。

阳明积热者，局部炎性症状严重，疼痛烧灼，并有口臭。大便闭结，小溲红赤，口干多饮，舌黄粗糙苔，脉数、大、洪。

·内治·

风邪化火者，当疏风清热，常用方有桑菊饮、银翘散之类。常用药：桑叶、菊花、桔梗、连翘、薄荷、芦根、竹叶、牛蒡子等。

阳明积热者，清化阳明，常用代表方有白虎汤。大便闭结者，凉膈散。常用药：生石膏、知母、芦根、竹叶、升麻、生地、丹皮等。

·外治·

可吹冰硼散或绿袍散。

【预防护理】

(1) 保持口腔卫生，食后漱口。

(2) 保持大便通畅。

(3) 内服药和外用药物的用法按医嘱认真执行。

第三节　复发性口腔炎

复发性口腔炎，传统名称为虚证口疮。另外，还有口疳、口舌疮、口烂、口疮不歇、虚劳口疮、口疮久不瘥、白口疮、热劳症、阳虚口疮等名称。

本病特点为反复发作不休，病程漫长，是粘膜病发病率最高的一个常见病、多发病。口腔

粘膜反复出现孤立性、圆形或卵圆形浅在性小溃疡，可单发或多发，口腔粘膜的任何部位都会发生，但以唇、颊及舌粘膜上更为好发之处。自发性疼痛剧烈，对冷和热、酸和咸十分敏感。每批口疮的病程有自限性，一般为 10 日左右，当然也有较长一些的。如其严重而顽固的，则第一批没有痊愈，第二批又接踵而至，连续不断。

【临床表现】

第一期为疱疹期：粘膜充血水肿，其上出现粟粒大的小水疱，伴以发胀、发涩及烧灼感，片刻间即破裂而成溃疡，因为疱疹的存在期很短，所以门诊不易见到。但也有些病例，没有经过第一期而直接进入第二期。

第二期为溃疡期：疱疹破裂而成溃疡，为圆形或卵圆形，直径从 2～3 毫米到 1 厘米，一般不会超过 1 厘米。基底浅，边缘整齐。四周的红晕在前期可能出现，后期则消失。溃疡面有黄白色渗出物覆盖。此时有剧烈的烧灼痛，遇冷、热、酸、咸等刺激，都无法忍受，言语、饮食俱感困难。此期可持续 4～5 天。

第三期为恢复期：溃疡面有肉芽组织修复。基底逐渐平坦，面积缩小，如有充血也即消失，疼痛从缓解到消失。这样经过 2～3 天即痊愈。愈后不留痕迹。

虽然每批口疮发作时日不长，但反复出现溃疡，病程漫长，致使患者长期陷入病痛之中，精神上备受折磨，从而影响到生活、学习和工作。但本病一般对全身的健康状况，并没有什么影响。

【病因病机】

风热：《圣济总录》："口疮多年不差，风热上攻。"

酒色劳倦：《景岳全书》："酒色劳倦过度，脉虚而中气不足也。"

心脾热：《诸病源候论》："腑脏热甚，热乘心脾，气卫于口与舌。"

脾湿生痰：《疡医准绳》："脾热生痰，热涎相搏。"

心火：《石室秘录》："口舌生疮，乃心火郁热而然。"

胃气弱：《圣济总录》："有胃气弱，谷气少，虚阳上发而为口疮者。"

胃气伤：《续名医类案》："此胃气被伤也。"

胃弱痰盛：《外科理例》："人胃弱痰盛，口舌生疮。"

中气不足，脾胃虚弱：《疡医大全》："中气不足，脾胃虚衰，不能敛纳下焦阴火，被逼上炎，以致阳虚口疮。"

脾胃虚火：《续名医类案》："脾胃虚衰之火，被逼上炎，则为口疮。"

脾胃湿寒，胆火上炎：《医学摘粹》："脾胃湿寒，胆火上炎，而生口疮。"

中焦土虚，相火上炎：《丹溪心法》："因中焦土虚，且不能食，相火冲上无制。"

元脏虚冷：《圣济总录》："元脏虚冷上攻，口疮。"

肾经虚热：《续名医类案》："此肾经虚热也。"

上热、中寒、下火：《口齿类要》："上焦实热，中焦虚寒，下焦阴火，各经传变所致。"

上实下虚：《医学入门》："上实下虚，致口舌生疮。"

忧思虚火：《张氏医通》："因忧思损伤中气，虚火泛上无制。"

七情：《医林绳墨》："七情所扰。"

饮食：《医林绳墨》："五味过伤于脾胃也。"

烦躁过度：《医学津梁》："七情烦躁过度，则心火炎盛而口疮生矣。"

起居失宜：《医林绳墨》："起居失宜，不能静养，以致心脾火动，口舌生疮。"

总而言之，不外乎：心脾两经积热；清阳不升，浊蒙清道；阴虚龙雷上潜；土衰水槁，火旺金寒；元阳无火。除经年累月的困扰之外，并无一切不良后果。

【辨证论治】

心脾积热者：大多在初发阶段，病程不长，溃疡多发于唇、颊、舌尖、舌边等处。数目较多，表面呈黄灰色，周围粘膜红赤，疼痛剧烈，进食时尤甚。全身症状为大便干结，小溲色赤，口渴善饮。舌苔薄，质红，脉数有力。

清阳不升，浊蒙清道者：溃疡大多融合成片，基底灰白，上面覆盖着灰白色和浅黄色渗出物，周围粘膜淡白。有时口气呈抹布味。口水增多，口有淡味或甜味，大便偏稀，小便浑浊，食欲不振，全身倦怠，四肢沉重。舌苔腻，质嫩而胖，甚至边有齿印，脉多沉而细。

阴虚龙雷上潜者：病程较长，此起彼伏而病情时轻时重。基底的肉芽红赤，疼痛在午后为重，有烧灼感，口干多饮，在疲劳、失眠及情绪不佳时更加严重。全身症状有五心烦躁，大便干结，失眠等。舌苔少，质瘦而红，脉细而数。

土衰水槁，火旺金寒者：症状无一定类型，以上各种症状都可以出现。辨证上十分困难，但临床上反而较多。

元阳无火者：多见于年高者或久病者。口腔中溃疡并不太多，无痛感。表现于全身者，终日凛寒，四末不温，入冬更重裘难暖。面色苍白不华，大便偏稀，全身乏力，动后作喘。脉细、弱，舌苔薄，质淡。

·内治·

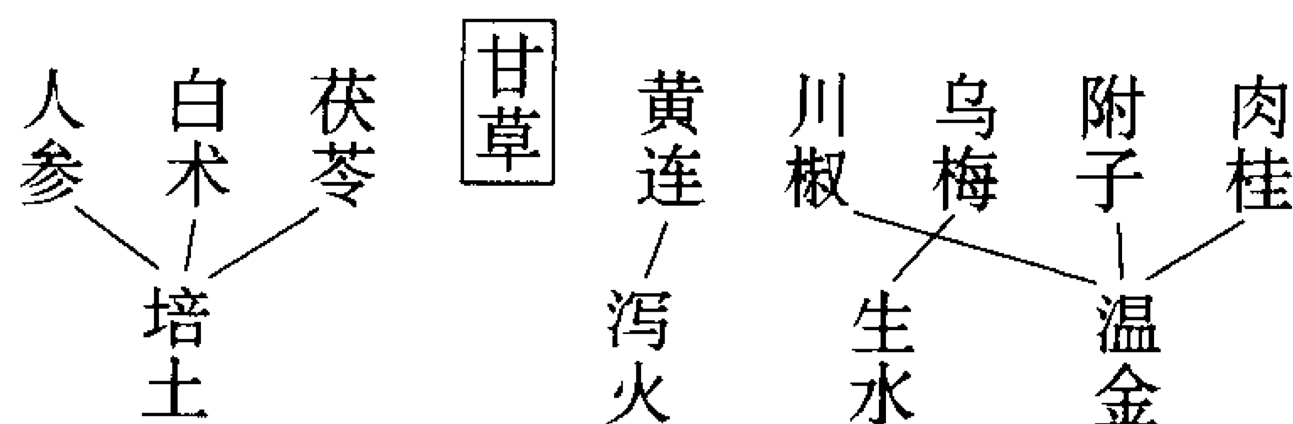
心脾积热者：治当清心凉脾，消炎止痛。张景岳偏重心火，故用泻心汤；王肯堂偏重脾火，故用凉膈散。干老经常把两者综合取用。但必须视其心火重或脾火重而用时有所倾斜。常用药：生地、茅根、竹叶、灯心草、藿香、芦根、银花、紫花地丁等。

清阳不升，浊蒙清道者：主要用益气升阳法，常用方有益气聪明汤或补中益气汤。但补药有些症候不宜太重，应该酌用些芳香化浊之品，使全方配合更有玲珑剔透的妙处。干老认为补药少用无流弊，芳香药多用有好处。常用药：太子参、白术、茯苓、藿香、佩兰、升麻、柴胡、鸡内金、甘草等。

阴虚龙雷上潜者：治以养阴清热，干老喜用知柏八味汤合玉女煎。常用药：知母、黄柏、生地、丹皮、泽泻、熟地、玄参、盐水炒牛膝、甘中黄。

土衰水槁，火旺金寒者：以其病机复杂，故而用药亦难。不过也有捷径，水槁只需培土。培土生金，金则温。金一振作，金可生水，水旺即能制火，所以干老喜从健脾培土入手，比较常用《谢映卢医案》的"椒梅附桂连理汤去甘草"（见第四卷杂症门"下唇生疮"）。

考《张氏医通》在理中汤（人参、白术、干姜、甘草）中加入黄连、茯苓。今谢氏又加入川椒、乌梅、附子、肉桂，去甘草。正巧妙地针对着本病。



·外治·

初期绿袍散；中期养阴生肌散；后期珠黄散；噙漱药：冬青树叶、官桂。

【预防与护理】

（1）注意口腔清洁，在发作期间用3%硼砂溶液或淡盐汤漱口。

(2) 发作期间,宜进半流质饮食。

(3) 间歇期间,宜多吃蔬菜及容易消化的食物,少吃油腻、煎炸、辛辣之品,戒烟酒。

(4) 少用抗生素。

(5) 保持充足的睡眠,不能过度劳累,避免胡思乱想和精神紧张、情绪激动。

第四节　白塞综合征

白塞综合征,传统名称为狐惑。狐惑一名,出自《金匮要略》,基本上一直沿用至今,唯《医宗金鉴》则认为狐惑是牙疳、下疳的古代名称。

【临床表现】

本病初期,大多首先在口腔、眼睛发生病变。经过一段较长时间后逐渐出现前、后阴的病变。

口腔:多在口唇、舌侧边缘、舌尖、龈颊等处反复破溃蚀烂,彼伏此起,长期不愈。这种症状也常波及侵犯扁桃体、咽后壁、鼻咽腔等。开始在粘膜上出现小水疱,旋即变为溃疡。溃疡面充血灼热、疼痛,并有臭气。

眼睛:红赤涩痛,羞明流泪,眼眶疼痛较甚。前房积脓,则视力衰退,瞳孔缩小,严重的可以导致失明。

生殖器随之也出现病变:男性常在龟头、阴囊、阴茎等处发生溃烂、疼痛,女性则阴唇、阴道等处发生溃烂、肿胀、疼痛,有时可延及肛门及其周围。

此外尚有全身性症状,如皮肤上出现红斑、关节炎等等。

本病病程漫长,周期性的时轻时重。本病具有"主要""次要"两个症状群。主要症状有:口腔溃疡;生殖器溃疡;眼症状;皮肤病损四项。次要的有:胃肠症状;血栓性静脉炎;心血管症状;关节炎;中枢神经系统症状。

凡在主要症状群中具有两项或两项以上,再加上次要症状群中的两项或两项以上者,即可诊断为本病。

【病因病机】

湿毒之气:《诸病源候论》:"皆湿毒气所为也。"《千金要方》:"狐惑由湿毒气使然也。"

阴虚血热:《金匮要略方论本义》:"阴虚血热之病也。"

虚邪阴火:《高注金匮要略》:"此虚邪阴火,逼伤胃中真阳,而为上浮下陷之症也。"

本病临床上急性的为湿热内积,毒火熏蒸。慢性的为脾肾阴虚,正气式微,邪侵全身。

本病病程较长,病机复杂,如治疗得法,护理适当,其后果不至于太差。

【辨证论治】

湿浊内积,毒火熏蒸者:各处溃疡疼痛严重。偏重于口腔者,重点在阳明;在眼和生殖器者,重点在肝胆;在皮肤者,重点在肺经;在关节者,重点在脾经。全身症状常有发热,嗜睡,食欲不振甚至拒食厌食。舌苔厚黄腻,表面滑润,脉濡。

脾肾虚亏者:口腔、牙龈、生殖器溃疡,疼痛不剧,肢体皮肤可有红斑或结节。身疲无力,头目眩晕,耳鸣耳聋,失眠,咽干,多汗,大便偏干。男子梦遗,女子经来失常,舌红绛少苔,脉细数。

正气式微,邪侵全身者:口腔、外阴部溃疡,长期反复出现。面色无华,食少无力,畏寒,下肢浮肿,四末不温,或有长期低热,纳谷不化。舌质淡,脉沉细无力。

·内治·

湿热内积者，当利湿清热，常用方有甘草泻心汤。要依据病变重点在某经某脏而取用清解某经某脏的药物。

脾肾虚亏者，当取补脾益肾法，方可临时选用，因为本病症状多端，证型复杂。

正气式微者，当大补正气。八珍汤、十全大补汤都可取用，甚至人参（包括高丽参（红参）、吉林参（白参）和西洋参）、紫河车、阿胶等等，也可酌情使用。

·外治·

口腔用药，有养阴生肌药、珠黄散等。

生殖器破损者，可取苦参、银花煮水洗涤，外扑黄柏粉或松花粉。

【预防及护理】

（1）口腔溃疡方面，参阅“复发性口疮”的有关内容。

（2）生殖器、皮肤方面的溃疡，注意保持干净与干燥。

第五节　扁平苔藓

中医一向无此病名，常把此病混在口糜、口疮中。本病多见于中年女性，是慢性口腔粘膜病。

【临床表现】

粘膜损害，多在口腔两颊、舌面、唇内及齿龈等部位，而以两颊齿咬合处最为常见。大都为对称性存在。基本上没有明显的自觉症状，故而病人难以告诉你发病时间。仅仅感有轻度似痒似痛的粗糙感而已，有时还有牵掣感。

病变区最初有针头大小的凸起，呈蜡样光泽，逐渐扩大，相互连接融合成线纹状、网状、环状、哥窑纹或形象不规则的斑片，也有红色边缘。间隙间也有正常的粘膜。

严重的可在网状线纹的粘膜表面出现极度的糜烂。到了这个阶段，即可感到疼痛与烧灼感，或用舌舐时，触觉很不灵敏。也有少数病例，在皮肤上有苔藓同时存在。

凡在两颊齿咬合处粘膜，出现以上特殊损害，不甚疼痛，有极浅在的红赤糜烂，边缘呈地图型者，都可诊断为本病。

【病因病机】

基本上有实证、虚实夹杂证、虚证三者。

实证，以脾胃湿浊久困，循经上犯，致内蕴湿浊之邪从口腔外泄。

虚实夹杂者，脾胃失健，内湿自生，湿困中州，浊熏上窍，虽大体有上面所言的湿困，但病机有所不同。

虚证，脾阳困顿，阳气难升，于是阴霾一片，口腔中当然产生病变。

基本上无严重的不良后果，但少数亦能转变为白斑，则较麻烦。

【辨证论治】

病变区出现充血、糜烂、疼痛，有时出现口臭。脉象数、弦，舌苔黄腻者，为脾胃湿浊久困。

病变区无充血，不疼痛，口中有抹布味。舌苔薄，质胖，脉濡涩而弱。为脾阳困顿，内湿自生证。

病变区无自觉症状，损害并不严重，且有长期消耗性慢性病，尤其是患消化系统慢性病或年事已高及体弱十分明显者。舌苔薄，质嫩、胖、淡白，脉细、软无力。为脾阳无火。

·内治·

脾胃湿浊久困者，当理气化湿。常用代表方有五苓散、胃苓散之类。常用药：猪苓、土茯苓、白术、泽泻、桂枝、苍术、厚朴、甘草等。

脾阳困顿，内湿自生者，应健脾醒土，常用方有异功散与五苓散综合取用。常用药：太子参、白术、茯苓、半夏、陈皮、土茯苓、鸡苏散等。

脾阳无火者，当温补脾阳，常用代表方为附桂八味汤。此方似乎温补肾而未及于脾，但应知肾之阳为元阳，元阳温煊则脾阳自温。常用药：附子、肉桂、熟地、丹皮、泽泻、山药、茯苓、白术、鹿茸等。

·外治·

可用养阴生肌散或珠黄散。

【预防与护理】

参阅以上“复发性口腔炎”、“白塞综合征”的有关内容。

第六节　白　　斑

因此病无甚疼痛及少见，所以中医书中没有专论，常把此病混在口疮、口糜中。其中极少数可以转变成癌。

【临床表现】

本病多发于40岁以上的男子，在嘴唇或两颊粘膜，也有在舌体出现擦不掉的白色斑块。

最初无自觉症状，斑块呈浅白色。日久即变为灰白色或乳白色，而且变厚变硬，此时即产生粗糙感，少数也有胀感痛感。损害特点为形状不等的乳白色发亮的白斑，有时呈网状结构。与底部粘连很紧，不能擦去，强行剥去则引起出血。好发部位为两颊、前庭的粘膜，次为舌背及上腭。白斑大小不一，可从芝麻到爪甲样大，边缘愈小愈清楚，周围粘膜无炎性症状。本病发展较慢，但要消去也很不容易。

【病因病机】

大多数学者都认为本病是由于长期过多地吸烟、嗜酒、吃辛辣食物，以及不适合的假牙、龋齿的残冠、残根或大龋洞边缘对粘膜慢性刺激所致。

中医认为当属气血违和，由活的粘膜递变为死的斑片。

一般虽然求愈困难，但亦无多大的危险。如不予积极治疗，则其中极少数左右可以癌变。

【辨证论治】

中医对这类疾病，一般只能借助“辨病”。只需诊断出某病，就可以取用某法某方某药。主要为攻坚、理气、破瘀。无成方可取，干老常用三棱、莪术、王不留行、红花、桃仁、乌药、枳壳、落得打、青皮等等。为了加强其理气破瘀可加乳香、没药。虫类药的九香虫（理气）、䗪虫（破瘀）在正气充沛的病人也可取用。出现正气衰弱者，当然还要顾及扶正，同时在取药方面也需稳妥和平为要。

此外，除去局部的刺激，也是重点之一，应除去不良修复体和残冠、残根等等。

至于局部，可用蚕砂煎汤，每天2～3次含漱。每次至少约10分钟，漱过之后，再用开水漱口。切忌强行剥去或使用腐蚀药物，这样反而会促使其癌变。

【预防与护理】

（1）戒烟酒，禁食辛辣食物。

(2) 忌吃过热、过冷的食物，以避免新的刺激。

(3) 其他参阅以上口腔粘膜病的护理。

第七节 血管神经性水肿

本病在历代文献中，似乎没有见到过，仅在《马培之外科医案》中被道及，谓："风注，古书未载。头额间忽然肿起，软似绵，大如馒头，木不知痛，按之似乎痒状。"因之，现在中医，都用风注称之。遗憾的是对风注两字未知其出处。

【临床表现】

本病属于荨麻疹中的一种，专发于头面而独以上唇为最多见。发作急速，陡然在上唇部产生局限性浮肿，由小而大，并向周围蔓延。发展到一定程度时自行停止。该处皮肤紧张、光滑，有微痒及烧灼感，也有仅仅感到麻木，毫无其他感觉者。少数可伴有呕吐、腹泻。如水肿产生于喉部，则可以引起呼吸困难甚至窒息。即使不加处理，3～4天后，也会自行消退。但有病区经常反复发作。

如出现上唇部陡起无痛性浮肿，并无全身症状，仅有局部麻木不仁感，即可诊断。如病人有过敏体质者，诊断更不困难。

【病因病机】

《马培之外科医案》："此风入腠理，卫气滞而不行。"

风入腠理，营血伏热，或禀质过敏。

除喉部产生水肿之外，本病预后良好。

【辨证论治】

一般常规，取疏风凉营，脱敏法，因无现存方药可取，干老拟有脱敏汤，疗效尚感满意。常用药：干地龙、蝉衣、茜草、紫草、旱莲草、荆芥炭、豨莶草、丹皮、赤芍。如属风寒者，去丹皮、赤芍、旱莲草，加桂枝、白芍、甘草。

也有反复发作，禀质虚怯，一受浮邪轻感即发者，为卫气之衰。可取玉屏风散。

【预防与护理】

(1) 避免与本病有关的致敏物质接触。

(2) 少进烟、酒及辛辣、鱼腥之类。

(3) 充分休息，注意保持周围环境空气新鲜。

(4) 发病期喉头有不舒适或异常感觉者，即找医生予以检查、治疗。

第八节 剥脱性唇炎

剥脱性唇炎，传统名称为茧唇风。另外亦有紧唇、沈唇、唇疮、唇裂沈紧、口吻疮、紧唇疮、茧唇、唇风、唇瞤、唇紧、驴嘴风等名称。

本病主要发生部位为下唇的唇红区，病程较长，粘膜被剥脱后，下唇肉芽上分泌出粘液性的分泌物，积累在唇上，由薄薄的"翳"样物，逐渐增厚，由无色转成灰黑色皮痂。因其紧紧附丽于唇上，就以唇部作模型，形成半圆形的厚壳，一如半片蚕茧，故称茧唇。厚到一定程度时，即可自形脱落，暴露出新的肉芽，再逐渐分泌粘液，堆积加厚而脱落。如其循环不已，经年累月无法告愈。

常因损害过久而可以转化为唇癌，但为数不多。现在很多人就把此病作为唇癌，殊感不妥。其实这两者的鉴别十分明显。鉴别之一，本病自始至终无疼感，初期感染虽也有些，但很轻微；癌则初期无痛，后期作痛。之二，本病的蚕壳样皮痂，脱去时可以完完整整的全块脱尽，暴露出的新鲜肉芽，光滑无损；癌则无完整的蚕壳样皮痂，肉芽上也有损害。之三，本病自始至终，虽然病程极长，但没有血迹；而癌则易于出血。之四，本病病变局限于唇红一个范围内；而癌则可以无规则地向周围扩展。之五，本病肉芽触诊柔软；癌则有坚硬的结节硬块。

【临床表现】

本病特点，专发生在下唇。有原发和继发两者，但其病机、症状、处理则完全相同。

原发者，在下唇开始时很不受人注意，产生轻微的灼热及瘙痒，揉擦以后即舒服。继之即渗溢出黄色粘液性分泌物。继发者，都在下唇燥裂、角化、粘膜脱落的基础上开始渗液的。两者都感到局部有干燥不适感，都在不知不觉中用舌头去舐润它，故民间称之为舐唇疳，所渗出的粘液性分泌物，都为粘性很重的黄色胶水样物，但很澄清。不断渗出，都附丽于整个唇红位置上，由薄薄一层"翳"样物，逐渐加厚到 1～2 毫米，到无法再负担时，即毫无感觉的自行脱落，脱落物一如半片茧壳。

痂壳脱落之后，即暴露出下唇唇红部新鲜肉芽，在很短时间里，娇嫩的肉芽突然失去了保护而或可有些干燥、疼痛，但不久在第二次渗液、增厚、茧壳型皮痂形成时，又无异常的感觉。这样经过渗液、堆积、形成茧壳型皮痂直至脱落。如此周而复始进行，成为一个慢性病。每一周期为两星期左右。始终不会出现全身症状。

【病因病机】

风热：《圣济总录》："风热所客，则为紧唇之病。"

风邪寒湿：《诸病源候论》："重被风邪、寒湿之气，搏于疮。"

胃经风火：《外科真诠》："由于阳明胃经风火，凝结而成。"

脾胃有热：《外台秘要》："脾胃有热，气发于唇。"

脾胃受风：《疡医大全》："脾胃受风。"

胃火挟痰：《外科大成》："胃中积热，火痰留注所致。"

膏粱厚味：《外科医案汇编》："膏粱厚味，热遏阳明。"

脾胃火毒：《洞天奥旨》："此皆脾胃之火毒也。"

脾经血燥：《外科证治全书》："脾经血燥。"

燥、热、风、寒，《疡科心得集》："故燥则干，热则裂，风则瞤，寒则揭。"

阴血衰少：《疡科心得集》："若妇人患此，阴血衰少故也。"

七情火动伤血：《外科证治全书》："皆七情火动伤血。"

痰随火行：《外科正宗》："过餐炙煿，又兼思虑暴结，痰随火行。"

现在临床上实际情况是：前期，大多为脾经湿热，心经伏火上犯。但有时湿重于火，有时火重于湿。中期，大多脾虚土衰，暗生内湿。后期，则久病伤营，血虚而生风。

只要认真治疗，预后一般良好。为时过久之病，往往可使下唇永久性肥厚。在理论上有人认为其中的少数可转变成唇癌，但在临床上很少见。

【辨证论治】

脾湿心火上犯者：局部可有些炎症表现，常有痒、痛、烧灼等不舒感觉。火重者多痒多痛，湿重者渗出物比较多。脉濡数，舌多腻苔。

脾虚土衰者：为时必久，茧样皮痂的脱落、再生周期较长，全身症状大多有精神疲倦不

振，大便偏稀。舌质胖、淡、嫩，甚至边有齿印，脉软乏力。

血虚生风者：局部分泌物较少，每当茧状皮痂脱落后，肉芽特红而干，最严重的可有抽搐感，所以又称“唇瞤”。全身症状为颧红掌灼，口渴，便秘等等。舌少苔，质红而干，脉细数。

·内治·

脾湿心火上犯者，当渗湿清火。常用代表方有五苓散、胃苓散、导赤散之类。常用药：苍术、白术、陈皮、茯苓、泽泻、茅根、竹叶等。

脾虚者，当健脾制湿法。常用代表方有参苓白术散之类。常用药：党参、茯苓、白术、白扁豆、陈皮、山药、薏苡仁、桔梗等。

血虚生风者，既可取用猪苓散的重用阿胶养血，更可养血息风，常用代表方有四物汤加蝉衣、菊花、白蒺藜、钩藤等息风之品。为了加重养血的分量，可加阿胶。

·外治·

最好的办法是在痂脱之后，不使其再生。方法为长期贴用黄连油膏纱布，把油纱布剪成比下唇肉芽暴露面稍稍大一些，牢牢紧贴。每次进食或自行脱落后，马上再贴新的。每天至少贴5～6次。

如进入慢性阶段，则黄连膏中再掺入10%～15%的八宝眼药粉，调匀待用。用法如前。也可取用乌金纸(包冰片的衬纸)随手贴上，把整个暴露的肉芽全部覆盖。但现在乌金纸已很难觅得。

民间丹方，用薄荷全草，稍稍使潮，点火燃烧，有烟上升时，上面覆以大瓷碗，其烟熏在碗上，轻轻掸下，用麻油调匀，涂在唇上。

以上三法，唯黄连油膏纱布，最方便而实用。

【预防与护理】

(1) 切忌用舌尖去舐润。

(2) 忌进食过热、过冷(冷饮)的食物、饮料。

(3) 禁烟、酒、辛辣食物。

(4) 唇红部新的粘膜再生之初，还要注意保护一段时间。

第九节　舌下腺囊肿

中医对本病的名称，比较统一，称舌下痰包或痰包。如有感染而出现炎症时，即称莲花舌等。但莲花舌一称，有时乃指舌下腺炎而言。

【临床表现】

初起时，仅仅在舌腹下一侧，产生一个柔软而不痛不痒的小肿物，逐渐缓慢长大，长大到一定程度，肿物即可扩展到对侧舌下。包囊呈淡黄色或淡蓝色，表面光滑半透明，有波动感。开始无自觉症状，长得过大时始觉胀痛或麻木，妨碍言语及进食，常流涎不止。碰破后，即可流出鸡蛋白样的粘液，当时即可瘪下而平复，但不久又饱满起来。

【病因病机】

痰饮流注：《外科正宗》：“乃痰饮乘火流行，凝注舌下。”

气滞痰凝：《喉科秘旨》：“舌下痰包，乃气滞痰凝而致。”

【辨证论治】

基本不需辨证，如辨证主要辨其痰的虚实。

·内治·

实证：常用代表方有二陈汤合三子养亲汤。常用药：半夏、陈皮、茯苓、苏子、莱菔子、白芥子、海浮石等。

虚证：常用代表方有六君子汤。常用药：党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、神曲、大贝母等。

但本病的内治，作用不大，主要靠外治。

·外治·

必须摘除，但注意不能刺破。《外科正宗》提出的："用利剪刀，当包剪破，流出黄痰"是错误的。

【预防与护理】

戒烟酒，禁食辛辣刺激性食物。

第十节 舌下腺炎

舌下腺炎，传统名称为重舌。因舌下有物肿起，形似两个舌头重叠，故称重舌。如其表面粗糙一些的，称莲花舌。以其垫衬在舌下，故又称垫舌。

【临床表现】

本病多见于儿童。初起舌下瘀血水肿，逐渐扩展，呈扁的半圆形，充血严重，疼痛，可影响舌的伸缩，言语含糊不清，口涎增多而外溢。妨碍饮食，如在婴儿则不能吮乳。全身症状，有发热，头痛，口干，小便短赤等。严重的颌下淋巴结肿大压痛。舌苔黄而干，质红，脉数。

【病因病机】

心脾两经积热，循经上犯。

【辨证论治】

·内治·

应清热泻火，可用导赤散或黄连解毒汤综合加减。常用药：生地、竹叶、木通、黄连、黄芩、山栀、蒲公英等。

·外治·

局部，取用玉匙散。每天喷 3～5 次。

【预防与护理】

参阅"舌下腺囊肿"的有关内容。

第十一节 牙周炎

牙周炎，传统名称为牙宣，又有齿龈肿、齿间出血、齿动摇、齿龈宣露、牙宣、牙宣出血、牙宣疳䘌，牙衄、齿䘌等名称。

牙周炎为牙齿周围组织的慢性破坏性进行性疾病。本病的发展，伴以牙龈发炎溢脓、牙周膜变性、牙槽骨吸收，最后导致牙齿动摇、脱落。

本病分牙周炎、牙周变性及牙周萎缩三个阶段。故而《医宗金鉴》总括为："牙宣初起肿牙龈，日渐腐烂久露根。"

【临床表现】

本病多见于中老年人。

初期，也可称为发炎期。牙龈间乳头充血肿胀，伴以疼痛。稍稍触动即易出血，即使吸吮时也能出血。经常在早晨起床时，匝唇一周，结有薄薄血痂线状的一圈。此期中医称牙衄。

中期，也可称为变性期。牙龈周围开始糜烂，出血增多，疼痛加重，同时还有刺痛、灼热及胀感，妨碍饮食，对热与冷特别敏感，并有口臭。此期中医常称为齿䘌。

后期，也可称为萎缩期。此时一切炎性症状逐渐消失，但齿根宣露、摇动，甚至脱落。牙龈萎缩干瘪。从此即无法恢复原状。中医即称牙宣。宣者，宣露也。

【病因病机】

风邪：《圣济总录》："风邪袭虚，客于齿间则冷。肌寒血弱，龈肉萎缩，渐至宣露，永不附着齿龈也。"

冷风：《圣济总录》："受于风冷，与龈间津液相搏，化为脓汗，则龈肉落缩，齿根宣露。"

风热毒气：《太平圣惠方》："牙齿宣露挺出，皆由风热毒气所为。"

热毒：《济生方》："热毒上攻，宣露出血，齿龈肿痛，不可忍者。"

脾胃火：《窦氏疮疡经验全书》："此脾胃二经火也。"

心肾火邪：《疡科心得集》："心肾火邪，逼血妄行。"

虫：《千金要方》："凡齿龈宣露，多是疳䘌及月蚀。"

龙雷之火：《外科医案汇编》："不独胃火炽盛，而龙雷之火亦复上腾。"

大肠虚：《丹溪手镜》："大肠虚，齿为之宣露。"

阳明气弱：《谦益斋外科医案》："此阳明气虚，血失所附而然。"

气血虚：《诸病源候论》："气血虚竭，不能荣于齿。"

肾气虚壅：《济生方》："亦有肾气虚壅，齿痛宣露。"

肾虚胃热：即"少阴不足，阳明有余"的牙周炎。见于《景岳全书》："若肾阴本虚，胃火复盛，上实下虚而为热遏肿痛者，玉女煎为最妙。"

古人之所以诸说纷纭者，大多是片面看到某一阶段某一症状。其实本病病因病机并不复杂，一般初期为胃火上蒸；中期为胃火炽盛而致热毒内焚；后期虚证，其中又有两型，一为阳明有余，少阴不足；一为纯粹的肾虚。

【辨证论治】

胃火上蒸，初期和中期两个阶段，大多属于此型。常因膏粱厚味、醇酒辛辣，致胃经积热，郁久酵化为火。上下齿龈分属手、足阳明经，循经上犯，当然齿龈首当其冲。热蒸则肉腐，肉腐则龈烂。

热毒内焚，必在中期的高峰阶段。大多出现于中期或中期以后，即出现"少阴不足，阳明有余"证。肾主骨，齿属骨余。肾虚精气下竭，上不荣于齿。同时又胃火上蒸，蒸则龈腐。造成上实下虚，标实本虚的局面。

在久病的后期，炎症消失而虚象必然日趋严重，以其病在齿而当然责之于肾。

认真治疗，预后尚佳。最坏的转归，牙齿脱落。

·内治·

胃火上蒸者，取清胃泻火，凉营解毒法。常用代表方有清胃散、白虎汤之类。

严重的热毒，可用清热解毒法，体质差的用甘寒，如五味消毒饮之类。体实而壮者用苦寒，如黄连解毒汤或银花解毒汤之类。疼痛、出血、臭气严重者，龙胆泻肝汤、犀角地黄汤都可选择取用。

少阴不足，阳明有余者，当补肾水与清胃火，最理想的当然是玉女煎。常用药：生石膏、知母、麦冬、生地、熟地、芦根、牛膝等。

肾虚，当补肾益精，常用代表方有六味地黄汤或大补阴丸等。

・外治・

最适宜者，前期用锡类散，后期用珠黄散。但吹药中都不应加入冰片。如其要求芳香者，改用檀香末。

出血过多者，珠黄散中加百草霜散。

・其他・

虚证，可用吴茱萸，不计多少，研末，用醋调成厚糊，男左女右，临睡前涂在涌泉穴，外用纱布裹住。次晨揭去，连用数天。

【预防与护理】

(1) 平日少食酒类、辛辣食品。

(2) 饭后漱口，少剔牙。

(3) 已病之后的护理，参阅上文的口腔病护理方法。

(4) 吹药中忌加冰片。因冰片有促使出血的作用。

(5) 如牙齿已摇动者，最好拔除。

(6) 注意休息，忌劳累。

第十二节 根 尖 炎

根尖炎，传统名称为牙疔，还有䶨、牙痈、齿龈肿痛、附牙痈、黑疔、牙痈风、牙蜞风等名称。

中医认为病变范围小的为牙疔；病变范围大的为牙痈。其中包括牙齿髓腔的感染、牙尖周围的感染，甚至牙根周围的感染。

【临床表现】

主要症状是患牙持续性剧烈疼痛，且觉牙齿有上浮感觉。之后，疼痛更剧，同时伴以不同程度的全身反应，如体温增高，凛寒，头痛，全身不适，大便秘结，食欲明显减退等。

局部检查，患齿有叩击痛。随病情的发展，肿胀逐渐明显，最后在龈乳头间出现半球形肿物，由绿豆大(疔)到半片莲子大(痈)。触诊有波动感。严重的，同侧颊部也肿胀。同侧颏下或颌下淋巴结肿大、压痛。

【病因病机】

风邪：《太平圣惠方》："头面有风，风气流入于阳明之脉，与断间血气相搏，故成肿也。"

风热：《外科医案汇编》："风热发为牙痈。"

温邪：《谦益斋外科医案》："产后营枯络空，温邪外袭。"

胃热胃火：《外科真诠》：" 属阳明胃火所致。"《焦氏喉科枕秘》："此症胃火上冲，发于牙龈。"

胃经湿热火毒：《喉证明辨》："皆由阳明胃经，湿热火毒上攻。"

肾火：《医宗金鉴・外科心法》："牙疔，……即黑疔也，属肾火毒。"

厚味及触毒：《喉科紫珍集》："此症因食臭恶自死禽兽，或餐煿炙厚味，或受恶秽之气。"

总之急性发作者，多为龋齿或牙周病的继续，由于胃火上凌而致。如为热毒火旺者，一切

症状更严重。慢性的，为急性的转归而致。大多由于气血双亏，也有阴虚火旺所致。

本病一般预后良好。但治疗失时或失当，则延迟时日，常常可以继发齿槽脓肿或骨髓炎。最常见的是，时日一久，造成瘘管，中医称为"牙漏"。

【辨证论治】

初起阶段，全身症状明显。局部肿胀，疼痛，脉来浮数，舌苔薄黄者，属风热。

局部疼痛剧烈，甚至呈跳痛。舌苔黄腻，脉弦、数者，为热毒炽盛证。

虽然局部症状基本消失，但仍有脓性分泌物。伴以全身虚怯，神疲乏力。舌苔薄，质淡而嫩，脉细者，为气血双亏证。

久溃不愈，口干，伴以颧红掌灼，心烦善怒。脉细数，舌苔干而质红者，为阴虚火旺证。

·内治·

风热证，当疏风清热法，常用方有桑菊饮或银翘解毒散。常用药：桑叶、菊花、连翘、薄荷、芦根、防风、竹叶、牛蒡子等。

热毒炽盛者，重剂清热解毒，常用代表方有黄连解毒汤。大便闭结，酌加大承气汤。常用药：黄连、黄柏、黄芩、大黄、枳实、丹皮等。

气血双虚者，益气补血，常用代表方有八珍汤或十全大补汤。常用药：熟地、白芍、当归、川芎、白术、茯苓、肉桂、党参等。

阴虚火旺者，养阴清火，常用代表方有玉女煎。常用药：知母、黄柏、熟地、生地、生石膏、牛膝、丹皮等

·外治·

初起，可用通用消肿散。成脓后，切开。溃破后，用冰硼散最佳。为引流通畅计，可插捻子。参阅"咽喉病"第十五节"扁桃体周围脓肿"的外治方法。后期，用珠黄散。

如其面颊部肿胀严重者，可敷如意金黄散，用饴糖赋形，每日换1～2次，如无饴糖，改用蜂蜜。

【预防与护理】

参阅"牙周炎"的有关内容。

第十三节　坏疽性龈口炎

坏疽性龈口炎，传统名称为走马牙疳。《诸病源候论》的齿䘌一候，很可能是本病，可惜古人叙述偏简，无法进一步来证实。《医宗金鉴·外科心法》的青腿牙疳，事实上不是本文讨论的牙疳，可能是维生素C缺乏的坏血病。同时更看到《医宗金鉴》将此病编排于70卷的"股部"而并不置之于65卷的"齿部"，可以证明编撰者早已有所认识。另外，如齿䘌、牙齿风疳、疳蚀、走马疳、齿病口疳疮、宣露、崩沙、疳溃烂龈等都是本病的常用名称。走马牙疳，其所以冠以走马者，形容其病情严重、发展迅速以及预后不佳，如怒马狂奔一样。

本病好发于儿童，而且都为麻疹的继发者，冬末春初为本病的好发季节。

【临床表现】

往往在急性病尤其是麻疹之后发作。在牙龈边缘出现暗红色或紫黑色斑点，按之稍呈硬感。很快即流淌血水，有臭气。继之在极短时间里即腐烂崩溃，形成大块坏死组织。但不痛而痒，故而许多儿童都用手去搔抓。

一般不超过48小时，就唇穿齿落而死亡。诊断比较容易，只要在麻疹后期，齿龈出现奇

臭溃烂者即是。

【病因病机】

历代医家对本病的看法，比较统一。《太平圣惠方》认为："由风热蕴积，脾肺壅滞，邪毒之气，冲注口齿，遂成疳也。"，后人论调，基本上如出一辙。

当然也有少数学者，持有不同论点，《幼幼集成》认为"此由肾热，其气直奔上焦"。其实陈氏是根据"牙属肾"的规律来推求的，很不符合实际。

本病乃病邪火毒，内积阳明。因阳明经多气多血，故而也易腐易烂。

本病预后不良，死亡率很高。

【辨证论治】

《外科大成》虽然也分为鼻疳、唇疳、舌疳及喉疳四型，但在临床上起不到什么指导作用。干老分为三期，对辨证似乎一些帮助。这三期为：

始腐期：在麻疹恢复期，体温下降，精神逐渐安宁。可是此期体温非但不降，反而上升，烦躁也再度出现。涎水急速增多，牙龈边缘充血，很快连及龈乳头出现坏死性溃疡。溃疡面可被白色假膜覆盖。若除去假膜则可渗血，与此同时，发出腐尸样的恶臭。这个阶段，符合《医宗金鉴·外科心法》的"牙根作烂，随变黑腐，臭秽难闻"。此时舌苔黄腻，脉大，小便红赤。

崩沙期：不能控制，病情迅速加重，以致牙龈边缘及龈乳头因大量坏死而腐蚀消失，继而牙齿松动，脓性口涎中血出更多，臭气加重。此时疼痛反而缓解，出现痒感。所以患者经常用手指去搔抓，同时出现全身衰弱现象。舌苔糙腻厚垢，或黄或黑，脉来细数不驯。

溃槽期：此期除明显的齿龈坏死腐蚀之外，溃烂更侵及颊、唇、舌背、上腭、鼻咽、咽喉等处，以致唇穿齿落。《外科正宗》："牙齿脱落，根黑朽，不数日间，以致穿腮破唇，诚为不治。"这是走马牙疳的典型症状。病情已进入毒陷致脱的危境。脉细或伏，舌被坏死组织污染，已无法看到。

·内治·

始腐期，用清热解毒法，常用代表方有清疳解毒汤加减。常用药物如人中白、黄连、知母、连翘、牛蒡子、拳参、石膏、山栀等等。

崩沙期，加强清热解毒药物的剂量，常用方为芦荟消疳饮加减或犀角地黄汤之类。出现明显虚弱者，可用白参。

溃槽期，以病人正气极衰，法以固脱为主，解毒清心为辅。固脱重用独参汤或参附汤。解毒清心用安宫牛黄丸、紫雪丹之类。

·外治·

始腐期：用中白散。崩沙期与溃槽期：用砒枣散。上药之前，先用米泔水漱净口中污秽。

如唇颊穿溃者，用黄连膏盖贴，每12小时换一次。如其溃烂处坏死组织已脱落干净，肉芽鲜红时，改用珠黄散，再贴黄连膏纱布。

【预防及护理】

（1）麻疹病儿，应特别注意口腔卫生。

（2）严防患儿用手指掐挖。

（3）局部勤用药，上药前将口腔漱净。

（4）用砒枣散时，注意将口水吐出，不要有一滴一点吞下。

（5）被口水污染的纱布、棉球、手帕等，要及时焚毁。

（6）病人用过的碗、筷、匙、杯等，要严格消毒。

（7）其余参阅“根尖炎”的有关内容。

第十四节　下颌骨骨髓炎

下颌骨骨髓炎，传统名称为骨槽风。本病出现于医学文献中，大约自明代开始。不过以前并非失载，一般都归类于附骨疽、咬骨疽、多骨疽几个病种里。《普济方》的“附骨疽篇”曾谓“夫附骨疽者，以其无故附骨成脓，故名附骨疽”，可以证实。

最早称骨槽风者，当推《疡医准绳》。以后即有不少名称。如骨槽风、穿腮毒、穿珠（疽）、附骨、穿喉、牙槽风、牙叉发、穿腮发等。

【临床表现】

本病多见于青壮年，以 20～40 岁为多。发病前常有拔牙史或局部有过炎症。本病来势缓慢。初起先在耳前及腮颊间隐隐酸痛，开口正常。如给予热敷，即感到舒适。无全身症状，所以也不易引起病者重视。经过较长的时间，患处开始肿胀，但肿的边缘极不清楚，皮肤色泽与温度正常。逐渐漫肿加剧，张口不便，但仍然可以强迫张启。疼痛虽然加剧，但仍然是钝痛而不剧烈，这时可以出现全身症状，有凛寒不适，头痛，纳呆等等。再后，肿胀由板硬转化为柔软，且有波动感，则已化脓。如其自溃的话，创口大多在齿槽部。溃破后虽然脓泄较多，但肿胀并不因此而消退。

严重的也可由颊部向外穿溃。在穿溃之前，在穿溃处先发出一个直径为 1～1.5 厘米的半球形肿物，边缘清楚，柔软、波动感明显，皮色稍现淡褐色。约 2～3 天后即行自溃。

此后，脓性分泌物流之不尽，历久难以愈合，经年累月，毫无向愈倾向。经过一段较长时间，把内在的死骨脱落干净之后，才得愈合。愈合后，在颊部留下深深凹下的疤痕。

【病因病机】

风火：《外证医案汇编》：“此手少阳、足阳明风火所结。”

风温：《谦益斋外科医案》：“风温入于少阳之络。”

风邪入骨：《外证医案汇编》：“此系风邪深入骨髓所致。”

大肠邪毒：《窦氏疮疡经验全书》：“太阳受病，结于大肠之间，邪毒交生，灌于经络之内。”

三经风火：《外科真诠》：“乃少阳三焦阳明胃经风火也。”

饮食所伤：《外科正宗》：“膏粱厚味。”

毒火蕴遏：《马培之医案》：“毒火蕴遏，伤阴耗气，不能去毒化脓。”

寒邪：《谦益斋外科医案》：“此阳络空虚，寒邪袭入，盘踞不出。”

寒风：《疡科心得集》：“风寒袭入筋骨，邪毒交生。”

七情：《疡医准绳》：“由忧愁、思虑、惊恐、悲伤所致。”

郁怒伤肝：《外科正宗》：“此得于郁怒伤肝。”

血虚：《谦益斋外科医案》：“由血虚阳亢，化火上冒。”

药误：《外科全生集》：“多服生地、石膏，以致成患。”

临床常见的情况，加以归纳，不外乎前期与后期之分。前期的两证最为多见，即火证与寒证。后期也分两证，为气血双亏证与阴虚火旺证。

火证：平素过食炙煿，恣酒嗜肥，以致阳明蕴积热毒，或七情郁结，肝脾两伤，以致三焦实火上炎。若是复感外邪，毒火搏结，气血郁遏，其火更炽，腐蚀肌骨。

寒证：内以清阳不升，阴霾一片，后又外感风寒、寒气，以致气血失和，阴凝肌骨之间，终

致肌肉僵化而造成阴疽局面。

气血双亏证：进入后期，脓出邪泄，势必生肌长肉而告愈。但一则“大脓之后，气血必虚”，再则禀质一向不充，一经痈疽折磨，更加虚弱，终致久溃难敛，反过来又以泄脓流水，大耗气血，形成恶性循环，致溃疡无法愈合。

阴虚火旺证：津血同源，长期流脓，正是使得津枯血耗。水不济火，火必无法控制燔旺起来，这样火一旺反过来煎熼阴津，阴津愈枯，其火更旺，也是一个恶性循环，最后同样使溃疡无法告愈。

这种慢性病，治疗较难，但如认真诊疗，预后尚可。

【辨证论治】

火证：起病比较急速一些，但较之一般脓肿还是属于慢的。初期在患侧磨牙尽处，牙龈和腮部焮红高肿，疼痛较重。外侧腮部、颊部亦可肿痛，致开口不便，妨碍咀嚼。约经过4～5日后，疼痛加重，常出现跳跃性疼痛。6～7日后，红肿处柔软而波动。如不予切开，则10余日后在口腔内可以自溃。之后腮颊外侧也自溃，流出臭秽脓液，经久不愈，转入后期。全身症状，在初期出现，呈现一般急性病症状。

寒证：在本病中可以占多数，也可以说是本病的典型者。病情来势十分缓慢，初起先在耳前及腮颊肌肉关节之间隐隐疼痛或起一核，继则漫肿坚硬，边缘界限不清，色白不红不热。牙关闭合从不方便到张启困难，妨碍饮食。经过一段漫长时间，化脓自溃，进入后期的慢性阶段。全身症状，很不明显，常为低热，厌食，神疲乏力。舌苔薄，脉细弱。

无论火证、寒证，溃破之后，都同样转为慢性，从而出现阳虚与阴虚两个证型。所谓阳虚，即相当于气血双亏；阴虚则为阴虚火旺。局部症状，基本相同，特点是漫肿不消，流脓不止，无愈合倾向。但前者痛感不明显，后者可有疼痛，脓性分泌物前者清稀，后者较稠而黄。手术后或朽骨脱出后，才能愈合。全身症状两者截然不同，故以全身症状为鉴别重点。

气血双亏证：大多四肢怠惰，面色苍白，大便偏稀，食欲不振，怕冷，入冬重裘难温，平时容易感冒。舌苔薄白，质嫩、胖、淡白，严重的边有齿印，脉软无神。

阴虚火旺证：大多性情烦躁，口干善饮，大便偏干，怕热不怕冷，舌苔少，质瘦而干，色红。

·内治·

火证：应疏风清火解毒，初期可选用清阳散火汤之类。如炎症明显，有代表方黄连解毒汤之类。大便闭结者，酌用承气汤。常用药：升麻、生石膏、知母、黄连、竹叶、蒲公英、黄柏等。

寒证：初期应散风祛寒解毒，常用代表方有荆防败毒散之类。初期过后，即可用祛寒解凝一法，特效方有阳和汤。常用药：熟地、麻黄、鹿角霜、白芥子、肉桂、川芎等。

气血双亏者：当气血双补，常用代表方有八珍汤、十全大补汤之类。常用药：党参、茯苓、白术、熟地、当归、白芍、肉桂、川芎等。

阴虚火旺者：当滋阴抑火。常用代表方有知柏八味汤之类。必要时大补阴丸也可取用。常用药：知母、黄柏、熟地、山药、丹皮、龟板、地骨皮等。

此外本病初起，尤其是寒证，急服小金丸，疗效较佳。服法：每天2次，每次2克，开水送服。另外，阳和丸也可取用，服法：每天2次，每次1.5克，开水送服。

热、寒两者都可取用者，有犀黄丸。服法：每日2次，每次3克，开水送服，也可用于初起时。

·外治·

初起时，口腔内可用通用消肿散。颊部肿者，风热型可用如意金黄散。风寒型忌用凉性

剂，应用冲和膏。口腔内溃破者，初期宜冰硼散，后期宜珠黄散。颊外创口，用黄连膏纱布外贴，再用纱布保护固定。初期用九一丹；中期用黑虎丹，因黑虎丹具有排出朽骨的作用；朽骨排尽后，用珠黄散。但都需用捻子来引流。

·其他·

脓腔内如有朽骨存在，可以手术取出，这样可大大缩短病程。

【预防与护理】

(1) 注意口腔卫生，尤其在拔牙之后或患牙病之际。

(2) 病中注意饮食，如是寒证，严禁一切寒性食物，包括药物在内。

(3) 已病之后，对内外(指口腔与颊外)溃疡及时用药，保持清洁。

(4) 后期，加强营养，饮食限制可以适当放宽。

(5) 排泄物及敷料，要消毒或烧毁。

(6) 保持安静，充分休息，适当活动。

(7) 保持情绪稳定。

第五章　常见肿瘤

中医认为肉眼可以看到的肿瘤，未破溃者隶属于肿疡，已溃破者为溃疡。经久不愈，用尽所有方法而终难挽救其生命者，即目以为恶疮。

清末发现了有肿瘤这个病种，大多称为癌或癓，也作瘔，取义于肿块粗糙，磊块不平而硬如岩石，溃破后，形如岩壑。把岩字加上"疒"字，即成瘔了。瘔读 kè，肿瘤的总称。

癌字第一次出现在中医古籍《卫济宝书》之"痈疽五发"中，第一个论述的就是"癌"，但实际上却是脓肿，和肿瘤毫无关系。癓、瘔、癌三字，《康熙字典》中没有收录。宋·《广韵》有瘍字，读 yán，但指的是颈淋巴结炎。1914 年的《新字典》中才有癌字，谓："读如喦，毒瘤之生于脏腑内者，凹凸不平，硬固而疼痛，如胃癌、乳癌。"1915 年《辞源》始有"癌肿"一解，谓："诸恶性肿毒，……施治尤难。"

中医最早对肿瘤有所认识者，当推高锦庭(1755～1827)，他在《疡科心得集》中把"失荣"(鼻咽癌颈部转移)、乳癌的始末病机以及"肾岩翻花"(阴茎癌)与"舌疳"(舌癌)四者称为四大绝症。

耳鼻咽喉口腔科的常见肿瘤有：外耳道癌、中耳癌、颞骨岩部癌、鼻癌、鼻窦癌、鼻咽癌、唇癌、舌癌、舌根癌、口底癌、龈癌、唾腺癌、口咽癌、扁桃体癌、会厌周围癌、喉癌、声带癌等。分析症情则应辨病与辨证相结合，并要借助现代科学的检查手段。治疗手段，首推放疗和化疗，以及早期手术，但如能结合中医进行辨证论治则疗效更佳。尤其是放疗、化疗、手术之后的病人，更需要中药。中医中药能延长其生命，是已经得到公认的。前期重西医西药，后期寄望于中医中药，是最好的选择。对肿瘤的治疗原则是：前期重消痰去毒，后期峻补伴柔肝。

耳鼻咽喉科常用抗癌药包括：

清热解毒：半枝莲、夏枯草、垂盆草、白毛藤、蚤休、白花蛇舌草、凤尾草、野葡萄藤、石上柏、漏芦、天葵子等。

清痰退肿：昆布、海藻、瓦楞子、山慈姑、泽漆、百药煎。

散结解毒：蛇莓、露蜂房。

活血散结：落得打、鬼箭羽、平地木、虎杖、水蛭、蜣螂、䗪虫。

平肝理气：八月扎、九香虫。

活血止痛：铁树叶。

止痛：蜈蚣、全蝎、石见穿、香附、延胡。

制癌：灵芝、马勃。

第一节　外耳道及中耳癌

外耳道与中耳相邻，一旦发生癌变，迟早两者均会同病，因此，原发部位常难断定。因为中耳癌向外扩展时即侵犯到外耳道；外耳道的癌肿向内延伸时，则侵犯到中耳。

慢性化脓性中耳炎，长期渗液不涸，以及外耳道乳头状瘤的瘙痒潮湿，久久不愈，日久都有癌变的可能。有掏耳习惯的，更易得外耳道癌。

【临床表现】

早期：出血，有水样或带血的分泌物，或用棉棒擦拭时有血。这种分泌物具有一种特殊的臭气。耳痛也是早期症状之一。开始时隐隐钝痛，继则持续性疼痛，并放射到乳突部。听力下降及耳鸣。头痛多在患耳一侧，有时剧疼。开口不方便。

晚期：以上诸症加重加剧。出血由一般而成大量出血；耳痛加剧到不能忍受；听力为纯听力丧失殆尽；头痛加剧到剧烈难耐；不能开口，言语、进食艰难。颈部淋巴结肿大。检查所见，外耳道内的肿瘤组织，触之易出血。晚期则溃烂而僵硬。臭气重到使别人无法接近。X 线摄片、活体组织检查、脱落细胞检查都证实属恶性肿瘤。最后因正气衰竭或在大出血中死亡。除以上表现外，只要 X 线摄片、活体组织检查、脱落细胞检查三者中有其两项证实后，即可明确作出诊断。

【病因病机】

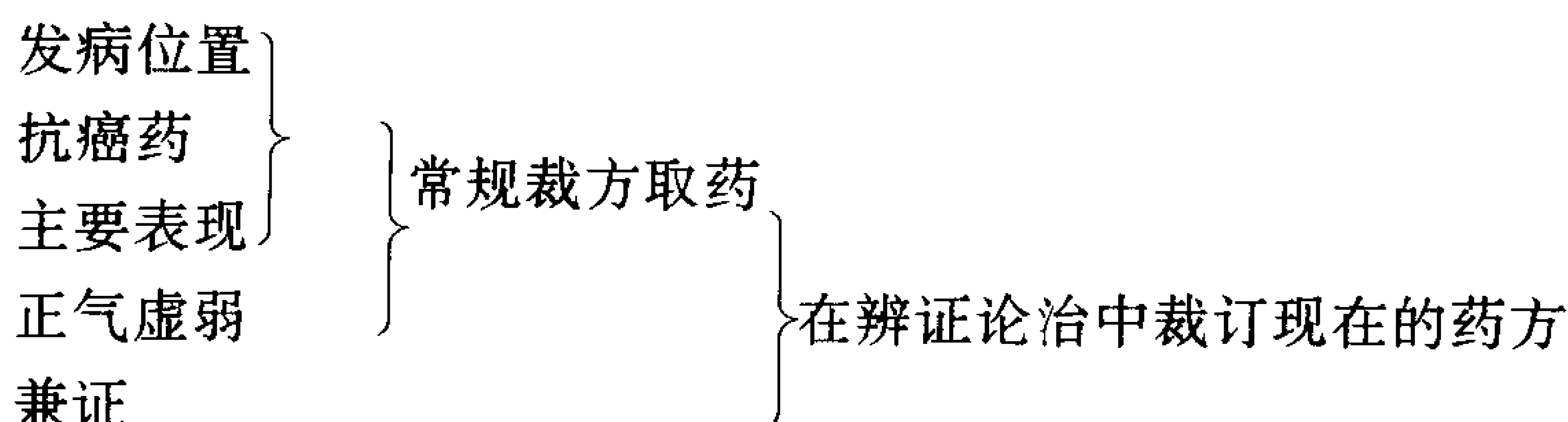
本病包括头面部恶性肿瘤，主要病因有：七情抑郁；局部长期刺激；特殊的疠毒之气侵袭。最终正气耗损殆尽而告终。

【辨证论治】

主要在辨病基础上辨证。唯辨证很简单，仅仅虚、实两证。初期，大多为实证；中期，虚、实互见；晚期，虚证。但更重要的，常有时邪外感的临时侵犯，则必须与本病严格分清，还有其他各种慢性病的并存，则需两者同时处理，甚至取用“急标缓本”的常规治法来应付。

有人认为治疗恶性肿瘤，仅仅加几味抗癌药就可以，这是极端错误的。如其这样想，充其量是一个用中药的医生而不是中医。中医是严格遵守“理法方药”四位一体的治疗原则的。

中医处理癌病的裁方，是有其传统基础的。对头部诸癌的组方基础，是根据①发病位置；②抗癌药；③主要表现的溃烂、疼痛与出血；④后期再加上正气虚弱。如此这种的治法，就一目了然。如其还有兼证则不管急性病的外感或慢性病的困扰，都要在一张方药中严格组合。示意如下：



遵守上述原则，初期的中耳癌方，应在：龙胆泻肝汤、通窍活血汤、温胆汤等方加入抗癌药（见后第七节）即是。至于溃烂、疼痛、出血三者，在抗癌药中早已有针对性较强的药物。

后期着重扶正，八珍汤、十全大补汤、六味地黄汤，都可取用。

溃烂、疼痛、出血，单凭抗癌药的应付，已远远不够，必须再取强有力的药物加强其作用。

末期虚脱时，可用独参汤或参附汤。但干老个人认为这样做一则回天无术，再则徒增病人痛苦，最好还是免去“多此一举”之劳为是。

·外治·

最好取用珠黄散。

任何外用药，尽量不用冰片。虽然它有辟秽的作用，但有增加出血之弊，两者对比，得不偿失。

【预防与护理】

（1）最重要的是，使病人保持情绪乐观。

(2) 居处保持空气新鲜，寒暖适当。

(3) 进高营养、易消化、低脂、低盐、低糖饮食，禁咖啡、可可、浓茶等。

(4) 适当运动，可进行太极拳或健身操或八段锦及古老的吐纳导引等锻炼。

(5) 严禁烟、酒及辛辣食品。

(6) 保持患病部位的清洁。

(7) 病人用具、餐具等，严格消毒，分泌物烧毁。

(8) 未经医师允许，切忌乱进"滋补"品。

第二节　鼻　咽　癌

本病在我国发病率较高，广东省居第一位，其次为广西、湖南、福建等省区。本病发病年龄大多在40～60岁之间，男多于女。好发于鼻咽顶部、鼻咽后壁及咽隐窝，也可在耳咽管口、软腭后方及鼻后孔等处。肿瘤初期甚小，大多为粘膜表面饱满或隆起，粗糙不平，或为小溃疡，也有出现肉芽组织者。肿瘤逐渐发展可呈现为溃疡型、结节型、浸润型及菜花型四者。

【临床表现】

本病发展比较隐蔽，所以原发性癌的最初阶段在临床上很少见到，约50%的病例是因颈部淋巴转移或颅神经受累的症状出现后而就医的。一般常见的有：

鼻塞：早期必具症状之一。开始为单侧，之后为双侧，最后完全堵塞。

出血：也是早期必有症状之一，当病变区发生溃疡时即出现。最初为涕中夹血迹，大多逆吸时出现。有时排出的涕液呈红色或粉红色，称为"锈涕"，常因病程的进展而增多。一到晚期则大量出血。现大出血已不多见，主要是由于及时进行早期治疗，如手术、放疗、化疗等等。

耳部症状：听力下降，耳鸣，甚至出现憋气或疼痛。

眼部症状：下眼眶常感不适，似胀非胀，似痛非痛，严重的也可影响视力。

颈部淋巴结肿大：常为单侧，无痛，进行性。开始肿块能活动，很快即粘连不动。肿大了的淋巴结，可相互融合成团，略带分叶状，扪之块磊峥嵘而石硬。这个肿物中医称为"失荣"。初期多在患侧乳突下方，下颌角后方，胸锁乳突肌后缘。稍晚，也可分布于中颈部及下颈部，向下发展可一直到达锁骨上窝。

颅神经症状：有顽固性偏头痛或全部头痛，初为阵发性，后为持久性。

局部检查：

溃疡型：好发于咽后壁或咽隐窝深处，也可发生于侧壁上的耳咽管之前或鼻咽顶部。出现小溃疡，有坏死并可逐渐向周围组织扩展。

结节型：最常见于耳咽管处，呈结节状或息肉状。结节表面无溃疡或仅有极小的溃疡。它常可环绕耳咽管四周浸润，并很快把耳咽管堵塞。若下向扩展蔓延，则可使同侧的软腭变形。

浸润型：病变多在粘膜下浸润生长，粘膜表面似完整无缺。所以此型最易漏诊。活检标本也难取到。

菜花型：又称乳头型癌，病变区呈菜花样突起，表面十分粗糙，容易出血，即使在初期，出血即已很多。

除了一般局部检查之外，细胞涂片、X线、活体组织检查等，是必不可少的。

根据局部检查及细胞涂片、X线、活体组织检查后，即可作出诊断。

【病因病机】

同外耳道及中耳癌的病因病机。还要考虑到肺胃两经的蕴热伏邪。

【辨证论治】

参阅上节外耳道及中耳癌的治疗。但因病变位置属于肺胃,故而要经常关注这点。

【预防与护理】

参阅“外耳道及中耳癌”的有关内容。

第三节 喉 癌

喉癌在喉部恶性肿瘤中约占90%以上,其中应该包括声带癌在内。

按照肿瘤发生位置的不同,又可分为:会厌喉侧面癌、假声带(室带)癌、喉室癌、声带癌、声门下癌等。本病好发于50～60岁,30岁以下及70岁以后者少见。发病率男性大大高于女性,其比为8∶1。近年来年轻人的发病率有增加趋势。

中医古籍中关于此病的记载、论述几乎未见,故从略。

【临床表现】

喉癌早期症状,根据它的病变位置及累及情况不同而表现各异,主要有以下几方面:

嘶哑:为早期必具症状之一。主要是由于肿瘤影响声带活动所致,常见者以声带癌最明显,初期可能仅有音色粗砺,发言疲倦费劲。继则因病变的日增而嘶哑程度加重,由明显的嘶哑而达到后期的完全失音。一般声带癌的嘶哑为进行性,室带癌为间歇性。

咳嗽,也是早期症状之一。多因肿瘤刺激或肿瘤的坏死分泌物增加所引起,一般多呈刺激性。痰不多,但常有血丝或小血块。若会厌受累破坏,在吞咽时出现剧烈的狂咳。

异物感:也是早期症状之一。喉头感到难以用言语来表达的不舒感。总感有东西卡在喉部。严重的或进入后期,还伴有吞咽困难。

饮水逆呛:饮水时一不注意即作呛,常使极少量液体食物流进气管。

呼吸困难:大多是吸气性呼吸困难。这种症状,常发生于声门下的喉癌。由于声门下气道狭窄,且有环状软骨环绕,因之早期也可出现。

吞咽疼痛:一般向患侧耳部放射,有时也可吞咽不便。

咯血:喉癌发生于声门上部者,大多有此现象。

肺部感染:由于喉癌的坏死组织及分泌物不断侵入肺部所致。

颈部肿块:一般喉癌、咽癌和声门上癌,可较早发现。声带癌和声门下癌的转移较少。

晚期,和其他所有癌症一样,必然出现多种现象。

【病因病机】

发声劳累:据统计约有60%的喉癌是原发于声带,而声带的中段又是最常发之处,因此处乃发声的要地,因之中医一向认为“多言损气”之说,自有其一定道理。因为帅血之气一损,受帅之血必瘀,在气损血瘀之下,气血违和而病变出矣。

吸烟饮酒嗜辣等不良嗜好:诚如《顾氏医镜》所谓:“烟为辛热之魁,酒为湿热之最,凡姜椒芥蒜及一切辛辣热物,极能伤阴。”

空气、食物、化学品、放射性污染等:这些都是致癌的元凶。

【辨证论治】

治疗大法,所有头面诸窍癌症,基本上是相同的。但“咽属胃而喉属肺”归经不同,所以治

疗上也应有所侧重。

早期喉癌，应采取放疗、化疗及手术。

后期可根据情况辅以中医辨证治疗，以改善全身情况，减轻放疗、化疗的反应。

【预防与护理】

(1) 平时戒除烟酒，少吃辛辣食品，减少发病机会。

(2) 尽量注意不使言语过多，歌唱者注意正确发声。

(3) 定期体检。

(4) 无原因嘶哑，要及时检查、治疗。

第四节　舌　　癌

舌癌主要发生于40～60岁的男子，好发位置60%在舌中1/3处的边缘部。其次是舌根、舌背、舌底及舌尖。

吸烟与不讲究口腔卫生与本病的发生有一定关系。边缘性舌癌常发生于锐缘的龈齿旁。粘膜白斑与本病的关系尤为密切，临床观察有50%以上的病例继发于粘膜白斑。

中医最早评论本病者，当推高锦庭(1755～1827)，他在《疡科心得集》中有一篇"辨舌疳岩舌疔论"中，谈之颇详，对它的预后也作了这样一句定论，谓："此证治法虽多，百无一生，纵于药饵，不过苟延岁月而已。"但在今天，本病的治愈率大大提高。

【临床表现】

舌癌早期症状，常为一无痛性微微隆起或无破溃的硬结，或在白斑的基础上逐渐形成肿块，直径多在1厘米以内。因其不痛而且无其他症状，很少被人重视，因此而延误治疗良机。病情进一步发展时，在肿块中心部发生微隆起的小溃疡。浸润亦愈向深层及周围扩展，因此它的实际浸润范围远远超过肉眼所见的大小。

随着病情的发展，除溃疡之外，还可以形成菜花状或浸润性病灶。菜花状癌变，最后充满了口腔的大部分，并发生坏死或感染。疼痛和出血，也由此日甚一日，发出浓郁的臭气。最终因剧痛和大出血而正气衰竭，以致死亡。

细胞涂片、活体组织检查，是必需的常规检查。

【病因病机】

主要病因为局部的长刺磨擦刺激所致。

如能早期采取手术摘除病灶，预后较为乐观。一待溃烂，即预后不良。

【辨证论治】

早期，采取手术摘除病灶，甚至可连及舌体切除。失去手术机会后，急做放疗、化疗。病情稳定后中药调理。重在攻邪扶正，裁方取药时应考虑"舌为心苗"，在用药上有所侧重。

【预防与护理】

(1) 注意口腔卫生。

(2) 治疗牙病，拔除残根，纠正不合适的义齿及牙托。

(3) 严格戒烟。

(4) 警惕粘膜白斑，认真医治。

(5) 如怀疑为本病，彻底检查，以便早发现、早治疗。

第五节　唇　　癌

唇癌好发对象为 50 岁以上的男性。通常分为上唇癌和下唇癌两种，一般下唇癌多于上唇癌。下唇癌多发生在唇的外、中 1/3 交接处，约 90%～95%在下唇的唇红缘部。上唇癌多在正中线或其左右。

有许多书籍把唇癌和剥脱性唇炎混为一谈，之所以造成这个混乱，可能由于《窦氏疮疡经验全书》所引起。是由于窦氏把“始起一小瘤如豆大，或再生之，渐渐肿大，合而为一，约有寸厚，或翻花如杨梅如灵芝如菌形”的近似唇癌而又非剥脱性唇炎的病变者，冠之以“茧唇”之故。

【临床表现】

本病早期多为粘膜增厚、白斑皲裂、慢性溃疡或乳头状瘤等癌前期病变，很少发生于健康的粘膜上。病变区经久不愈，渐成硬结或形成表面被以痂皮的溃疡，揭去后即出血。溃疡多呈翻花状，周围略高于粘膜表面，坚硬，有不同程度的浸润。

初期无痛感，晚期作痛，且有区域淋巴结转移，同时癌瘤溃疡面日益扩大。由于组织坏死崩溃而大量出血，且有十分难闻的尸味臭气，甚至有时可有较大坏死组织脱落。最后因剧痛及大出血而衰竭死亡。

有的学者，把它分为外突、溃疡和疣型三型。

外突型：较多见。开始仅有粘膜增厚。继之形成硬结。最后向外突出呈菜花状，表面糜烂，并大片脱落坏死的组织。

溃疡型：早期即出现溃疡。溃疡周围有隆起的癌组织，边缘外翻呈堤状。此型发展虽然较慢，但最后还是侵及全唇。

疣型：肿瘤呈疣状，表面有裂隙或小溃疡。常向下唇的皮肤部蔓延侵蚀，甚至波及颏部。此型生长缓慢，很少向深组织浸润，故不易发生转移。

根据临床表现，一般容易诊断。但明确的诊断，还是靠活体组织检查。

【病因病机】

《窦氏疮疡经验全书》：“皆出六气七情，外感而成。或心思太过，忧虑过深，传授脾经。或食酿酒厚味，积热伤脾而肾水枯竭以致之。”

凡头面五窍的癌症，其病因、病机基本上是大同小异。本病病因主要为：七情抑郁；恣食酒类、厚味炙煿，致热伏脾胃两经，上蒸而致；局部长期的慢性刺激。

【辨证论治】

初期，实证为多，后期虚证为主。

唯裁方取药时，要注意“唇属阳明”，在用药时应有所侧重。

·外治·

取用黄连膏纱布，保护创面。腐败组织难于脱落者，加用黑虎丹或洋浮散。肉芽干净者，用珠黄散。出血者，用草霜止血丹。

以上除出血忌用冰片外，珠黄散等都可用冰片。

【预防与护理】

可以参阅“舌癌”及“剥脱性唇炎”的有关内容。

附　　方

（凡有 * 者，为外用药）

二画

二妙丸　《丹溪心法》：黄柏　苍术
二陈汤　《和剂局方》：陈皮　半夏　茯苓　甘草
七三丹*　干祖望编 1960 年南京中医学院附院护士学校讲义《外科教材》：升药 30%　煅石膏 70%。
七星剑汤（丸）　《外科正宗》：麻黄　野菊花　豨莶草　地丁　苍耳子　半枝莲　蚤休
九一丹*　《医宗金鉴》：升药 10%　煅石膏 90%。
十全大补汤　《和剂局方》：人参　白术　茯苓　当归　熟地　白芍　川芎　黄芪　肉桂　甘草
人中白散*　《幼科金针》：人中白　儿茶　黄柏　薄荷　硼砂　黄连　枯矾　青黛　冰片
人参养荣汤　《和剂局方》：人参　白术　茯苓　甘草　熟地　白芍　当归　黄芪　桂心　远志　五味子　陈皮　生姜　大枣
八正散　《和剂局方》：瞿麦　萹蓄　木通　车前子　滑石　大黄　山栀　甘草
八珍汤　《正体类要》：人参　白术　茯苓　甘草　当归　白芍　熟地　川芎
八宝眼药*　《全国中药成药处方集》：玛瑙　珊瑚　琥珀　珍珠粉　熊胆　硼砂　麝香　血竭　冰片

三画

三甲散　《中国医学大辞典》：鳖甲　龟板　穿山甲　白僵蚕　蝉衣　牡蛎　当归　白芍　土鳖虫　甘草
三拗汤　《和剂局方》：麻黄　杏仁　甘草
三虫散　经验方：九香虫　地鳖虫　白僵蚕
三痹丸　《妇人良方》：独活　秦艽　防风　赤芍　茯苓　当归　牛膝　熟地　杜仲　黄芪　续断　川芎　人参　细辛　桂心　甘草　生姜
大承气汤　《伤寒论》：大黄　芒硝　厚朴　枳实
大补阴丸　《丹溪心法》：熟地　川柏　知母　龟板
三子养亲汤　《韩氏医通》：白芥子　莱菔子　苏子
三子金灯汤　《钟道生方》：白芥子　莱菔子　苏子　挂金灯　桔梗　甘草
小金丹　《外科证治全生集》：白胶香　草乌　五灵脂　地龙　乳香　没药　当归　麝香　黑炭

四画

五五丹* 《外科教材》:升药 50%　煅石膏 50%

五苓散 《伤寒论》:猪苓　茯苓　白术　泽泻　桂枝

五皮饮 《内科准绳》:桑白皮　地骨皮　生姜皮　大腹皮　五加皮

五神汤 《洞天奥旨》:银花　紫花地丁　茯苓　车前子　牛膝

五味消毒饮 《医宗金鉴》:银花　野菊花　蒲公英　紫花地丁　天葵子

天真丸 《御药院方》:肉苁蓉　当归　山药　天冬　羊肉

天王补心丹 《世医得效方》:人参　茯苓　远志　菖蒲　玄参　柏子仁　桔梗　天冬 麦冬　丹参　酸枣仁　百部　杜仲　茯苓　当归　五味子　甘草

天麻钩藤饮 《难症证治新意》:天麻　钩藤　黄芩　石决明　山栀　杜仲　川牛膝　益母草　桑寄生　夜交藤　茯苓

开关散* 《卫生宝鉴》:白僵蚕　枯矾　皂角刺

王氏二陈汤 《外科证治全生集》:半夏　陈皮　白芥子

木香流气饮 《和剂局方》:木香　半夏　青皮　厚朴　紫苏　香附　麦冬　陈皮　肉桂　莪术　丁香　大腹皮　槟榔　草果　木通　藿香　白芷　茯苓　白术　木瓜　人参　菖蒲　甘草

中白散* 《钟道生方》:人中白　珍珠粉　硼砂　黄柏　冰片

止血归脾汤 经验方:黄芪　党参　木香　当归　远志　龙眼肉　酸枣仁　地榆炭　血余炭　丹皮炭

午字散* 《中国医药大辞典》:黄连　明矾　牙皂

犀角地黄汤 《备急千金要方》:犀角　生地　丹皮　芍药

牛蒡解肌汤 《疡科心得集》:牛蒡子　薄荷　荆芥　连翘　山栀　丹皮　石斛　玄参　夏枯草

牛黄化毒丸 《全国中药成药处方集》:生大黄　牛黄　生石膏　黄芩　桔梗　雄黄　甘草　冰片

化骨至神丹 《洞天奥旨》:柴胡　龙胆草　茵陈　白芍　白术　当归　银花　甘草

化斑解毒汤 《医宗金鉴》:升麻　黄连　生石膏　牛蒡子　连翘　知母　玄参　竹叶　人中黄

丹栀逍遥散 《内科摘要》:柴胡　当归　白芍　白术　茯苓　薄荷　炙甘草　煨姜　丹皮　山栀

月华丸 《医学心悟》:天冬　麦冬 生地　熟地　山药　百部　沙参　茯苓　川贝　阿胶　三七

月石散* 《喉科秘旨》:月石　人中白　珍珠粉　青黛　冰片

月白珍珠散* 《苏州・中药成方配本》:珍珠粉　珍珠母粉　青黛　炉甘石　人中白　冰片

六味汤 《喉科指掌》:防风　荆芥　薄荷　天虫　桔梗　甘草

六神丸 《雷允上方》:麝香　牛黄　珍珠　冰片　蟾酥　雄黄

六君子汤 《医学正传》:人参　白术　茯苓　甘草　陈皮　半夏

六味地黄汤(丸) 《小儿药证直诀》:熟地　山药　山茱萸　泽泻　茯苓　丹皮
双砂散　民间方:砂糖　威灵仙

五画

石珍散*　《钟道生方》:煅石膏　轻粉　青黛　黄柏　冰片
正骨紫金丹　《全国中药成药处方集》:丁香　木香　血竭　儿茶　红花　大黄　当归　茯苓　白芍　丹皮　莲子肉　甘草
左归饮　《景岳全书》:熟地　山药　山萸肉　茯苓　枸杞子　甘草
右归饮　《景岳全书》:熟地　山药　山萸肉　茯苓　泽泻　丹皮　肉桂　附子
甘桔汤　《伤寒方》:甘草　桔梗
甘露饮　《疡医大全》:牛角　生地　甘草　柴胡　枳壳　麦冬　灯心草　知母　枇杷叶　黄芩　石斛　茵陈　竹叶
甘麦大枣汤　《金匮要略》:甘草　小麦　大枣
甘草泻心汤　《伤寒论》:甘草　党参　半夏　黄芩　干姜　黄连　大枣
平胃散　《和剂局方》:厚朴　苍术　陈皮　甘草
玉女煎　《景岳全书》:生石膏　知母　麦冬　熟地　牛膝
玉真散　《普济方》:天南星　防风
玉枢丹　《丹溪心法》:即紫金丹　五倍子　千金子　山慈姑　大戟　麝香　朱砂　雄黄
玉枢膏　玉枢丹 30%　黄连膏 70%
玉屏风散　《世医得效方》:黄芪　防风　白术
玉钥匙散*　《三因方》:火硝　硼砂　白僵蚕　冰片
龙胆泻肝汤　《和剂局方》:龙胆草　柴胡　黄芩　山栀　当归　泽泻　车前子　木通　生地　甘草
四七汤　《和剂局方》:半夏　厚朴　紫苏　茯苓　生姜　红枣
四妙丸　《医学正传》:黄柏　苍术　薏苡仁　牛膝
四妙汤　《外科精要》:黄芪　当归　银花　甘草
四君子汤　《和剂局方》:党参　白术　茯苓　甘草
四物汤　《和剂局方》:熟地　当归　白芍　川芎
申字散*　《喉科秘论》:元明粉　雄黄　冰片
归神丹　《类证治裁》:人参　茯神　朱砂　酸枣仁　龙齿　远志　琥珀　麦冬　当归　金箔
归脾汤　《济生方》:黄芪　党参　白术　茯神　甘草　当归　酸枣仁　木香　远志　龙眼肉　生姜　大枣
白虎汤　《伤寒论》:生石膏　知母　甘草　糯米
白降丹*　《外科图说》:砒石　水银　矾石　食盐
生脉散　《内外伤辨惑论》:人参　五味子　麦冬
生肌散*　《钟道生方》:升药　煅石膏　炉甘石　轻粉　辰砂　月石　珍珠粉　冰片
卯字散*　《中国医学大辞典》:雄黄　甘草　鸡内金　枯矾　青黛　元明粉　黄连　黄柏　硼砂　人中白　冰片

仙方活命饮 《外科发挥》:防风 白芷 银花 天花粉 归尾 赤芍 穿山甲 皂角刺 乳香 没药 陈皮 大贝母 甘草

玄参解毒汤 《霉疮秘录》:人参 茯苓 天冬 大贝母 当归 沙参 玄参 麦冬 黄芩 白芍 五味子

半夏厚朴汤 《金匮要略》:半夏 厚朴 茯苓 紫苏 生姜

半夏白术天麻汤 《医学心悟》:半夏 白术 天麻 陈皮 茯苓 蔓荆子 甘草 生姜 大枣

加味平胃散 干祖望拟:厚朴 苍术 陈皮 藿香 焦米仁 滑石 甘草

加味黄连膏* 干祖望拟:黄连膏 70% 枯矾 25% 青黛 5%

加减三甲散 干祖望拟:三棱 莪术 穿山甲 鳖甲 蝉衣 昆布 海藻 桃仁 红花 落得打

加减辛夷散 《证治准绳》:辛夷 川芎 防风 羌活 藁本 升麻 白芷 苍耳子 甘草

加减清衄汤 干祖望拟:生地 侧柏叶 茅根 赤芍 黄芩 山栀炭 茜草 藕节炭 丹皮炭

加减清肺汤 《张氏医通》:黄芩 桔梗 麦冬 杏仁 贝母 桑白皮 山栀 丹皮

加减清喉汤 干祖望拟:桑叶 牛蒡子 荆芥 杏仁 大贝母 玄参 天竺黄 桔梗 甘草 马勃

加减银翘散 干祖望拟:银花 连翘 牛蒡子 桔梗 桑叶 芦根 竹叶 橹豆衣 甘草

加减保真汤 干祖望拟:西洋参 黄芪 当归 生地 陈皮 地骨皮 川柏 知母

加减生铁落饮 《医学心悟》:铁落 生石膏 龙齿 防风 玄参 天竺黄 灯心草

加减清解透表汤 干祖望拟:荆芥 牛蒡子 西河柳 浮萍 豆豉 蝉衣

加减牛蒡解肌汤 干祖望拟:牛蒡子 荆芥 防风 连翘 山栀 玄参 桔梗 甘草

加减三黄凉膈散 干祖望拟:大黄 连翘 银花 薄荷 杏仁 大贝母 桔梗

加减养阴清肺汤 干祖望拟:生黄芪 麦冬 玄参 川贝 白芍 百合 射干 白扁豆 生地 甘草

加减苏子降气汤 干祖望拟:苏子 天竺黄 当归 旋覆花 磁石 甘草

加减救逆解毒汤 干祖望拟:人参 五味子 麦冬 阿胶 银花 丹皮 赤芍 天竺黄

加减羚角钩藤汤 干祖望拟:龙胆草 钩藤 菊花 白芍 白蒺藜 生地 茜草

加减白喉养阴清肺汤 干祖望拟:生地 麦冬 玄参 大贝母 丹皮 芦根 射干 天竺黄 桔梗

圣惠苦参汤* 《太平圣惠方》:苦参 生地 明矾 蛇床子

六画

至宝丹 《和济局方》:朱砂 麝香 安息香 金银箔 犀角 牛黄 琥珀 雄黄 玳瑁 冰片

西瓜霜* 《王氏医学》:西瓜 朴硝

百草霜* 《中国药学大辞典》:为灶突内杂草烧成的烟煤

百草霜散* 《钟道生方》:百草霜 花蕊石 禹余粮

百合固金汤 《医方集解》:百合 熟地 生地 玄参 大贝母 当归 白芍 麦冬 桔梗

甘草

地龙汤 《李东垣方》:地龙　肉桂　羌活　桃仁　黄柏　麻黄　苏木　归尾　甘草

地黄饮子 《医宗金鉴》:生地　熟地　首乌　当归　丹皮　玄参　白僵蚕　红花　甘草　白蒺藜

耳聋左慈丸 经验方:熟地　山药　丹皮　泽泻　山茱萸　茯苓　磁石　五味子

肉苁蓉丸 《江苏良方》:肉苁蓉　菟丝子　熟地　钟乳石　天雄　五味子　桂心　人参　干姜　白术　远志　杜仲　巴戟天　牛膝　山茱萸　覆盆子　川椒　天冬　甘草

当归饮子 《医宗金鉴》:生地　当归　川芎　白芍　何首乌　防风　黄芪　荆芥　白蒺藜　甘草

阳和汤 《外科全生集》:麻黄　熟地　肉桂　鹿角胶　白芥子　姜炭　甘草

阳和丸 《外科全生集》:肉桂　麻黄　姜炭

阳和解凝膏* 《外科全生集》:牛蒡子　川芎　白凤仙梗　附子　桂枝　大黄　当归　肉桂　草乌　川乌　地龙　僵蚕　赤芍　白芷　白蔹　白及　乳香　没药　续断　防风　荆芥　五灵脂　木香　香橼　陈皮　苏合油　麝香

竹沥汤 《喉科秘方》:鲜竹沥　天竺黄　川贝　大贝母　白僵蚕　桔梗

朱氏天罗散* 《朱彦清方》:丝瓜络　黄连　辛夷

会厌逐瘀汤 《医林改错》:红花　桃仁　生地　当归　玄参　柴胡　枳壳　赤芍　桔梗　甘草

安宫牛黄丸 《千金翼方》:牛黄　郁金　犀角　黄连　朱砂　冰片　珍珠　山栀　雄黄　黄芩　麝香　金箔

冲和膏* 《仙传外科集验方》:紫金皮　独活　赤芍　白芷　菖蒲

冰硼散* 《外科正宗》:硼砂　辰砂　冰片

导赤散 《小儿药证直诀》:生地　木通　灯心草　甘草

导痰汤 《济生方》:南星　半夏　陈皮　茯苓　枳实　甘草

如意金黄散* 《外科正宗》:南星　陈皮　苍术　厚朴　天花粉　黄柏　大黄　白芷　甘草

红伤丸 《经验方》:红花　土鳖虫　甘松　肉桂　落得打　香附　细辛

异功散 《汤头歌诀》:人参　白术　茯苓　甘草　陈皮

防风汤 《宣明论方》:防风　当归　赤茯苓　杏仁　黄芩　秦艽　葛根　麻黄　甘草

防风羌活汤 《证治准绳》:防风　羌活　连翘　升麻　夏枯草　川芎　牛蒡子　黄芩　昆布　海藻　僵蚕　甘草

七画

苍耳子散 《证治准绳》:苍耳子　白芷　辛夷　薄荷

苏子降气汤 《和济局方》:苏子　半夏　陈皮　前胡　厚朴　沉香　当归　甘草

杞菊地黄汤 《医级》:熟地　山药　丹皮　泽泻　山茱萸　茯苓　枸杞子　菊花

两仪膏 《景岳全书》:党参　熟地　阿胶　冰糖

吹喉去腐散* 《黄冕群方》:芒硝　硼砂　枯矾　人中白　雄黄　冰片

芦荟消疳饮 《医宗金鉴》:生芦荟　胡黄连　生石膏　羚羊角　山栀　牛蒡子　柴胡　桔梗　大黄　玄参　薄荷　甘草

利咽土茯苓汤 《经验方》:土茯苓　穿山甲　银花　连翘　马勃　桔梗　威灵仙　牛蒡子　甘草
诃子散 《三因方》:诃子　甘草　厚朴　干姜　神曲　草果　高良姜　麦芽　茯苓　陈皮
补中益气汤 《脾胃论》:柴胡　升麻　黄芪　党参　陈皮　白术　当归　甘草
沙参麦冬汤 《温病条辨》:沙参　麦冬　玉竹　桑叶　天花粉　白扁豆　甘草
附桂八味地黄汤 《医宗金鉴》:熟地　山药　丹皮　泽泻　山茱萸　茯苓　附子　肉桂
陈氏喉癣吹药* 《陈氏方》:珍珠粉　西黄　人中白　川柏　天竺黄　青黛　冰片

八画

苦参汤* 干祖望拟:苦参　黄柏　蛇床子　明矾
青敷药* 《马培之外科传新集》:大黄　姜黄　黄柏　白芷　青黛　白及　天花粉　陈皮　甘草
枇杷膏 《全国中药成药处方集》:枇杷叶　冰糖
枇杷清肺饮 《医宗金鉴》:枇杷叶　黄连　黄柏　人参　桑白皮　甘草
虎潜丸 《丹溪心法》:熟地　虎骨　龟板　黄柏　知母　牛膝　白芍　锁阳　当归　陈皮　干姜
知柏地黄汤(丸) 《医宗金鉴》:熟地　山药　丹皮　泽泻　山茱萸　茯苓　知母　黄柏
泻心汤 《金匮要略》:黄连　黄芩　大黄
泻青汤 《小儿药证直诀》:龙胆草　山栀　大黄　当归　川芎　羌活　防风
实脾饮 《济生方》:厚朴　白术　茯苓　木香　草果仁　大腹皮　熟附子　木瓜　干姜　生姜　大枣
参附汤 《妇人良方》:人参　附子
参梅含片 干祖望拟:西洋参　玄参　乌梅　麦冬
参苓白术散 《和剂局方》:人参　白术　茯苓　砂仁　薏苡仁　山药　白扁豆　莲肉　桔梗　甘草

九画

柏石散* 干祖望拟:黄柏　煅石膏　蛤粉　枯矾　青黛
柏子养心丸 《体仁汇编方》:柏子仁　枸杞子　麦冬　当归　菖蒲　茯神　远志　熟地　甘草
栀子清肝汤 《医宗金鉴》:山栀　柴胡　白芍　丹皮　黄连　黄芩　川芎　当归　生石膏　牛蒡子　甘草
砒枣散,又名赤霜散* 《重楼玉钥》:红枣(去核)砒霜　冰片
牵正散 《杨氏家传方》:白附子　白僵蚕　全蝎
胃苓散 《证治准绳》:苍术　厚朴　陈皮　白术　茯苓　泽泻　肉桂　干姜　甘草
复元活血汤 《医学发明》:柴胡　当归　天花粉　红花　桃仁　穿山甲　大黄　甘草
香苏饮 《和剂局方》:香附　苏叶　陈皮　甘草
香贝养荣丸 《医宗金鉴》:人参　白术　茯苓　甘草　香附　大贝母　陈皮　桔梗　熟地

川芎　当归　白芍　生姜　大枣

独参汤　《伤寒论》:人参

养阴清肺汤　《重楼玉钥》:生地　玄参　麦冬　川贝　丹皮　白芍　薄荷　甘草

养阴生肌散*　《黄冕群方》:生石膏　牛黄　雄黄　青黛　龙胆草　蒲黄　黄柏　薄荷　甘草　冰片

洋浮散*　《医宗金鉴》:制乳香　制没药

济阴汤　《证治准绳》:连翘　山栀　黄芩　黄连　银花　丹皮　甘草　赤芍

张氏通关散*　《喉科指掌》:细辛　牙皂　藜芦　白矾

除湿胃苓散　《医宗金鉴》:苍术　厚朴　猪苓　茯苓　泽泻　白术　防风　山栀　木通　陈皮　肉桂　滑石　甘草

降雪散　《证治准绳》:芒硝　朱砂

十画

茱萸散　《证治准绳》:吴茱萸　黑附子　川椒　辛夷　川芎　桂心　皂角刺

茵陈蒿汤　《伤寒论》:茵陈　山栀　大黄

荆防二陈汤　《经验方》:半夏　陈皮　荆芥　防风

荆防四物汤　《经验方》:当归　熟地　白芍　川芎　荆芥　防风

荆防败毒散　《证治准绳》:荆芥　防风　羌活　独活　前胡　柴胡　枳壳　桔梗　茯苓　川芎　党参　薄荷　甘草

换肌丸*　《疡医大全》:白砒　水银　大枫子肉　油核桃

桂枝汤　《伤寒论》:桂枝　白芍　甘草　生姜　大枣

桂枝茯苓丸　《金匮要略》:桂枝　茯苓　丹皮　桃仁　赤芍

栝蒌丸　《类证治裁》:栝蒌　半夏　山楂　神曲

秦艽鳖甲散　《卫生宝鉴》:秦艽　鳖甲　当归　柴胡　知母　乌梅　地骨皮

真人养脏汤　《和剂局方》:党参　白芍　肉豆蔻　诃子肉　当归　白术　罂粟壳　肉桂　木香　甘草

珠黄散*　《经验方》:珍珠粉　犀黄

逐瘀丹　《证治准绳》:川芎　白芷　熟地　赤芍　枳壳　阿胶　茯苓　五灵脂　莪术　木通　桃仁　大黄　甘草

逍遥散　《和剂局方》:柴胡　白芍　白术　茯苓　甘草　当归　生姜　薄荷

柴胡清肝散　《症因脉治》:柴胡　黄芩　藿香　山栀　枳壳　木通　钩藤　苏梗　知母　甘草

柴胡疏肝散　《统旨》:柴胡　香附　枳壳　陈皮　川芎　白芍　甘草

健脾丸　《证治准绳》:人参　白术　茯苓　木香　黄连　陈皮　砂仁　麦芽　山楂　山药　肉豆蔻　神曲　甘草

凉膈散　《和剂局方》:大黄　芒硝　山栀　黄芩　薄荷　连翘　甘草

凉血四物汤　《医宗金鉴》:生地　当归　赤芍　川芎　红花　陈皮　赤芍　黄芩　甘草

润燥生津汤　经验方:人参　杏仁　生地　麦冬　麻仁　玉竹　花粉　沙参　乌梅　生石膏

消风散 《和剂局方》：当归 胡麻 荆芥 防风 生地 苦参 牛蒡子 苍术 生石膏 知母 木通 甘草

消息丸 干祖望拟：昆布 海藻 瓦楞子 山楂 枳壳 三棱 莪术

益胃汤 《温病条辨》：生地 麦冬 沙参 玉竹 冰糖

益气聪明汤 《证治准绳》：升麻 葛根 蔓荆子 黄芪 党参 白芍 黄柏 甘草

神应消风丸 《医宗金鉴》：人参 全蝎 白芷

桑菊饮 《温病条辨》：桑叶 菊花 薄荷 杏仁 连翘 桔梗 芦根 甘草

通窍活血汤 《医林改错》：红花 桃仁 赤芍 川芎 老葱 生姜 红枣 麝香

通用消肿散* 经验方：雄黄 月石 黄柏 蒲黄 薄荷 人中白 甘草 枯矾 白芷 冰片

十一画

梅花点舌丹* 《外科证治全生集》：熊胆 冰片 雄黄 硼砂 血竭 葶苈子 沉香 乳香 没药 蟾酥 麝香 牛黄 珍珠粉 朱砂

控涎丹 《三因方》：甘遂 大戟 白芥子

接骨丹 《经验方》：毛姜 乳香 没药 土鳖虫 红花 大黄

硇砂膏* 《证治准绳》：硇砂 石矿灰 白丁香 黄丹

黄芩膏* 干祖望拟：生地 黄芩 银花 麻油 黄(白)蜡

黄连膏* 干祖望拟：生地 黄连 银花 麻油 黄(白)蜡

黄柏膏* 干祖望拟：生地 黄柏 苍术 麻油 黄(白)蜡

黄连液* 干祖望拟：黄连 尼泊金

黄柏液* 干祖望拟：黄柏 明矾 尼泊金

黄灵丹* 经验方：黄柏 滑石 铅丹 熟石膏 炉甘石 枯矾 冰片

黄芩汤 《医宗金鉴》：黄芩 桑白皮 麦冬 连翘 赤芍 荆芥 桔梗 山栀 薄荷 甘草

黄连解毒汤 《外台秘要》：黄连 黄芩 黄柏 山栀

梨膏 经验方：生梨 冰糖

猪苓汤 《伤寒论》：猪苓 茯苓 白术 泽泻 桂枝

猪肤膏 《伤寒论》：猪皮 米粉

麻杏石甘汤 《伤寒论》：麻黄 杏仁 生石膏 甘草

清心汤 《沈氏尊生书》：黄连 黄芩 黄柏 生地 山栀 归尾 丹皮 赤芍 菊花 川芎 灯心草 甘草 连翘

清营汤 《温病条辨》：犀角 生地 银花 连翘 玄参 丹参 麦冬 黄连 竹叶

清胃散 《脾胃论》：升麻 生地 当归 黄连 丹皮

清音丸 经验方：橄榄干 寒水石 桔梗 大青叶 甘草 月石 薄荷 冰片

清瘄解毒汤 《医宗金鉴》：黄连 人中黄 柴胡 知母 连翘 牛蒡子 玄参 荆芥 防风 生石膏 竹叶 灯心草

清阳散火汤 经验方：升麻 生石膏 知母 黄连 连翘 牛蒡子 竹叶 蒲公英

清气化痰丸 《医方考》：胆星 枳实 杏仁 黄芩 瓜蒌根 茯苓 半夏

清燥救肺汤 《医门法律》:生石膏　桑叶　杏仁　枇杷叶　党参　麦冬　阿胶　胡麻仁　甘草

清热脱敏汤 《干祖望中医五官科经验集》:桑白皮　黄芩　山栀　马兜铃　紫草　茜草　墨旱莲

清咽利膈汤 《喉科紫珍集》:黄连　连翘　山栀　黄芩　薄荷　牛蒡子　防风　荆芥　银花　桔梗　玄参　大黄　芒硝　甘草

清咽栀豉汤 《疫喉浅论》:山栀　豆豉　银花　薄荷　牛蒡子　犀角　白僵蚕　连翘　桔梗　马勃　蝉衣　芦根　灯心草　竹叶

清咽凉膈散 《疫痧浅论》:大黄　芒硝　天花粉　山栀　玄参　大贝母　薄荷　黄芩　黄连　银花　犀角　连翘

清瘟败毒散 《疫痧一得》:犀角　生地　生石膏　知母　黄连　山栀　桔梗　黄芩　赤芍　玄参　丹皮　竹叶　连翘　甘草

绿袍散* 《卫生宝鉴》:黄柏　青黛　甘草　冰片

十二画

萆薢渗湿汤 《疡科心得集》:萆薢　薏苡仁　黄柏　茯苓　丹皮　泽泻　滑石　甘草

越鞠丸 《丹溪心法》:香附　苍术　山栀　川芎　六曲

雄黄解毒丸 《重楼玉钥》:雄黄　川郁金　巴豆

紫雪丹 《和剂局方》:生石膏　寒水石　磁石　滑石　犀角　羚羊角　木香　沉香　玄参　升麻　丁香　朴硝　麝香　朱砂　甘草　硝石

紫珍清咽利肺汤 即清咽利肺汤

紫珍连翘散 《喉科紫珍集》:连翘　当归　赤芍　牛蒡子　薄荷　黄芩　天花粉　枳壳　桔梗　升麻　甘草

黑虎丹* 《华氏医方汇编》:煅磁石　全蝎　穿山甲　公丁香　母丁香　蜈蚣　僵蚕　蜘蛛　麝香　牛黄　冰片

喉科凉膈散 即清咽凉膈散

豨桐丸 《拔萃良方》:豨莶草　海桐皮

舒肝溃坚汤 《医宗金鉴》:香附　石决明　夏枯草　白僵蚕　归尾　白芍　灯心草　陈皮　柴胡　穿山甲　红花　姜黄　甘草　川芎

温经汤 《金匮要略》:吴茱萸　当归　川芎　芍药　人参　桂枝　阿胶　生姜　丹皮　甘草　半夏　麦冬

温胆汤 《千金要方》:陈皮　半夏　茯苓　枳实　竹茹　甘草　大枣

温卫汤 《证治准绳》:黄芪　苍术　防风　升麻　白芷　羌活　柴胡　当归　人参　白芷　黄柏　泽泻　陈皮　青皮　木香　黄连　甘草

温肺止流丹 《疡医大全》:人参　荆芥　细辛　诃子肉　桔梗　鱼脑石　甘草

普济消毒饮 《医方集解》:黄连　黄芩　柴胡　升麻　陈皮　玄参　连翘　板蓝根　马勃　牛蒡子　薄荷　白僵蚕　桔梗　甘草

犀黄丸 《外科全生集》:犀黄　麝香　乳香　没药

犀角地黄汤 《千金要方》:犀角　生地　丹皮　赤芍

疏风清肝汤 《医宗金鉴》:荆芥　防风　柴胡　生地　当归　赤芍　银花　菊花　川芎　连翘　薄荷　甘草

疏风清热汤 经验方:荆芥　防风　银花　连翘　赤芍　玄参　大贝母　天花粉　黄芩　桑白皮　牛蒡子　桔梗　甘草

十三画

解肌透痧汤 《丁甘仁医案》:荆芥　蝉衣　射干　葛根　牛蒡子　马勃　桔梗　前胡　连翘　白僵蚕　豆豉　竹茹　浮萍　甘草

鼠粘子五苓散 待考:牛蒡子　天花粉　射干　生地　大贝母　茯苓　猪苓　泽泻　白术　竹叶　甘草

锡类散* 《金匮翼方》:象牙屑　珍珠粉　青黛　壁钱　人指甲　犀黄　冰片

十四画

碧玉散* 《医宗金鉴》:黄柏　红枣炭

磁硃丸 《千金要方》:磁石　辰砂　六曲

鼻渊合剂 干祖望拟:苍耳子　白芷　辛夷　薄荷　桑叶　芦根

赛碧散* 干祖望拟:糯稻茎炭　枯矾　蛤粉　青黛

缩泉丸 《补遗方》:益智仁　山药　乌药

十五画以上

增液汤 《温病条辨》:生地　玄参　麦冬

醉仙散 《卫生宝鉴》:胡麻　牛蒡子　枸杞子　蔓荆子　白蒺藜　苦参　防风　瓜蒌根

藿胆丸 《医宗金鉴》:藿香　猪胆汁

藿香正气散 《和剂局方》:藿香　大腹皮　白芷　茯苓　紫苏　陈皮　白术　厚朴　半夏　桔梗　甘草

藿香泻白散 干祖望拟:藿香　佩兰　桑白皮　地骨皮　生地　麦冬　茯苓　丹皮　茵陈

颠倒散* 《医宗金鉴》:硫黄　大黄

嵘峒丸 《外科全生集》:牛黄　大黄　天竺黄　乳香　没药　血竭　阿魏　儿茶　雄黄　参三七　冰片　山羊血

黛芩化痰丸 经验方:青黛　黄芩　半夏　陈皮　胆星　杏仁　瓜蒌仁　枳实　川连　茯苓　甘草

［Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ］
书名＝干氏耳鼻咽喉口腔科学＿干祖望
作者＝干祖望
页数＝３０９
ＳＳ号＝１０５３４０７５
出版日期＝１９９９年０２月第１版

目录

目录